

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีกอปากกล้วย



นางสาว ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก


คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1423-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ORAL HEALTH BEHAVIOR OF PRESCHOOL CHILDREN
IN AKHA HILLTRIBE'S SOCIO-CULTURAL CONTEXT AT BARN AKHA PA KLAUY



MISS DOUNGDOEN VEERARITTIPHAN

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pediatric Dentistry

Department of Pediatric Dentistry

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1423-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วย
โดย	นางสาว ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์
ภาควิชา	ทันตกรรมสำหรับเด็ก
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง พรพรรณ อัสวานิชย์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ สุรสิทธิ์ เกียรติพงษ์สาร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ สมหมาย ชอบอิสระ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง พรพรรณ อัสวานิชย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง อัมพช อินทรประสงค์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ สุปรีดา อุดุลยานนท์)

ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์ : พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย.(ORAL HEALTH BEHAVIOR OF PRESCHOOL CHILDREN IN AKHA HILLTRIBE'S SOCIO-CULTURAL CONTEXT AT BARN AKHA PA KLAUY) อ.ที่ปรึกษา: อาจารย์ทันตแพทย์หญิงพรพรรณ อัคราณิษฐ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ , 183 หน้า. ISBN 974-17-1423-8.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในครอบครัวและชุมชนหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วยทั้งความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคฟันผุเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม กระบวนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และการสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการใช้ข้อมูลเอกสาร และการตรวจสุขภาพช่องปาก ซึ่งใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลภาคสนามทั้งสิ้น 4 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีการปลูกฝังสะสมและถ่ายทอดกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรมที่ถือปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต การที่ชาวบ้านมีวิถีคิดและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากว่า “ฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน” เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและเป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่คิดว่าเป็น “โรค” ความคิดความเชื่อตามวัฒนธรรมท้องถิ่นประกอบกับ “กระบวนการพัฒนา” ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งในด้านการมีรายได้สูงขึ้น การคมนาคมที่สะดวกทำให้สามารถเข้าถึงสินค้าบริโภคฟุ่มเฟือยที่ก่อให้เกิดฟันผุได้มากขึ้น การเข้าสู่ตลาดแรงงานของสตรีทำให้เวลาในการดูแลบุตรในครอบครัวลดลง การแพร่ขยายของสื่อโทรทัศน์ทำให้เกิดค่านิยมในการบริโภคอาหารที่มีอันตรายต่อฟันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีภาวะแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูงขึ้นจนกระทั่งการดูแลอนามัยช่องปากภายใต้วิถีเดิมไม่สามารถรักษาคุณภาพของสุขภาพช่องปากที่ดีได้ ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจึงต้องมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ใหม่ของชุมชนต่อการป้องกันโรคและการเสริมสร้างสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ ด้วยกลยุทธ์และการวางแผนอย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชนชาวอาข่า จึงจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่มีความยั่งยืน

ภาควิชา ทันตกรรมสำหรับเด็ก

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา ทันตกรรมสำหรับเด็ก

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

4376104632 : MAJOR PEDIATRIC DENTISTRY

KEY WORD: ORAL HEALTH BEHAVIOR / EARLY CHILDHOOD CARIES / SOCIO-CULTURAL CONTEXT / PRESCHOOL CHILDREN / AKHA

DOUNGDOEN VEERARITTIPHAN: ORAL HEALTH BEHAVIOR OF PRESCHOOL CHILDREN IN AKHA HILLTRIBE'S SOCIO-CULTURAL CONTEXT AT BAN AKHA PA KLAUY. THESIS ADVISOR: PORNPUN ASVANIT, THESIS COADVISOR : ASST.PROF.SONGVUTH TUONGRATANAPHAN, 183 pp. ISBN 974-17-1423-8.

The purpose of this descriptive study was to identify oral health behavior of preschool children in Akha hilltribe at Ban Akha Pa Klauy in light of attitude, belief, oral health cognition, oral hygiene practice and consumption behavior. A relationship between preventive and treatment strategies whenever being aware of dental caries and their socio-cultural context was also investigated. Data collection was performed by using a systematic means of qualitative research. A participatory observation, an informal and in-depth interview by employing a survey format and oral examination was conducted during 4-month period.

The results show that the oral health behavior has been incorporated into a way of life of the individual and gradually becoming a principal component of culture. The Akha believe and being aware of "Dental Caries in Preschool Children" as a natural phenomenon, so they do not perceived it as a "disease". At the same time, the economic and social development results in more chances for cariogenic foods, less time for child rearing and induction of improper eating pattern through the television media. The risk factors of dental caries in preschool children have dramatically increased, therefore, the conventional oral hygiene practice cannot maintain the balance of good oral health. In order to solve this public health problem and achieve the sustainable good health behavior of preschool children in this village, the new process of socialization must be implemented by using the systematic preventive strategies that associate to their attitudes, believes and lifestyles.

Department of Pediatric Dentistry
Field of study Pediatric Dentistry
Academic year 2002

Student's signature.....
Advisor's signature.....
Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อ.ทพญ.พรพรรณ อัครวานิชย์ และ ผศ.ทพ.ทรงวุฒิ ตวงรัตน์พันธ์ ที่ได้กรุณาจุดประกายความคิด ให้คำแนะนำ ตลอดจนชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ทพ.สมหมาย ชอบอสิระ รศ.ทพญ.อัมพช อินทรประสงค์ และ ผศ.ทพ.ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ ที่ได้กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิจัย บางส่วน โครงการพัฒนาโดยตงฯ และโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า (ทาง ตกรรม) ที่กรุณาสับสนุน ประสานงาน และให้ข้อมูลบางส่วน

ขอขอบพระคุณชาวบ้านทุกคนในหมู่บ้านอีโก้งปากกล้วยที่เอื้อเฟื้อ ให้ความร่วมมือ และมอบข้อมูลอันมีค่าเพื่อเป็นวิทยาทานในการศึกษาวิจัยอย่างยิ่ง คุณสุพิศรา เนียมเงิน และ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ที่คอยให้ข้อมูลอย่างดีอยู่เสมอ รวมถึงให้ความช่วยเหลือตลอดการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด

ขอขอบคุณ พี่ๆน้องๆ และเพื่อนผู้ร่วมเรียนรู้ทางวิชาการสาขาทันตกรรมสำหรับเด็กที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจอันมีค่ายิ่ง ทพญ.พจนา พงษ์พานิช ทันตแพทย์ผู้ตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ ตลอดจนความช่วยเหลือและแรงใจเสมอมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอแสดงความระลึกถึงในพระคุณของพ่อและแม่ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของลูก

คุณงามความดีและประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

ดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
รูปแบบของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ปัญหาทางจริยธรรม.....	8
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
นิยามและลักษณะของโรคฟันผุ.....	9
ความสำคัญของฟันน้ำนมและผลกระทบจากโรคฟันผุ.....	11
ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม.....	12
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน.....	13
ปัจจัยหลักด้านชีวภาพ.....	13
ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดฟันผุ.....	15
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของการเกิดโรคฟันผุ.....	16
คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก.....	16
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรม.....	16
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก.....	18

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
แนวคิดในการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ-	
พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	39
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากร.....	43
กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	51
บริบททางสังคมวัฒนธรรม.....	51
สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน.....	77
ความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน.....	81
ความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก.....	81
ลักษณะของโรคฟันผุและสาเหตุของการเกิดโรค.....	84
ปัญหาและผลกระทบของการเกิดโรคฟันผุในเด็ก.....	87
พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก.....	88
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร.....	93
พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคฟันผุ.....	98
กรณีศึกษา.....	104
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	122
สรุปผลการวิจัย.....	122
อภิปรายผลการวิจัย.....	126
ข้อเสนอแนะ.....	160
รายการอ้างอิง.....	163
ภาคผนวก.....	174
ภาคผนวก ก แบบบันทึกผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก.....	175

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก ข แนวการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของชุมชน.....	176
ภาคผนวก ค แนวการสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นการวิจัยระดับชุมชน.....	178
ภาคผนวก ง แนวการสัมภาษณ์เจาะลึกระดับครอบครัว.....	181
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	183



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ.....	45
ตารางที่ 2 ลักษณะของครอบครัวกรณีศึกษา.....	46
ตารางที่ 3 จำนวนเด็กก่อนวัยเรียนจำแนกตามอายุ.....	77
ตารางที่ 4 การจำแนกจำนวนบิดาและมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์.....	78
ตารางที่ 5 อาชีพของบิดา.....	78
ตารางที่ 6 อาชีพของมารดา.....	79
ตารางที่ 7 จำนวนบุตรในแต่ละครอบครัว.....	79
ตารางที่ 8 ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนหมู่บ้านอีโก้วปากกล้วย....	80
ตารางที่ 9 ช่วงค่าต่ำสุดและสูงสุดของค่าฟันผุ ถอน อุด ของเด็กจำแนกตามอายุ.....	81



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
ภาพที่ 1 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุของคีย์ (Key's ring).....	30
ภาพที่ 2 Modified Key's ring	31
ภาพที่ 3 แผนที่สังเขปแสดงที่ตั้งหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วยในเขตโครงการพัฒนาออยตุงฯ.....	52
ภาพที่ 4 ลักษณะบ้านเรือนของชาวอาข่า.....	54
ภาพที่ 5 แผนที่สังเขปแสดงสถานที่สำคัญในและนอกเขตหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย.....	57
ภาพที่ 6 โครงสร้างอายุของประชากรหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย ปีพ.ศ. 2544.....	59
ภาพที่ 7 เด็กชาวอาข่า.....	67
ภาพที่ 8 การแต่งกายของชาวอาข่า.....	72



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งต้องมีการเตรียมการเพื่อให้ชาติอยู่รอดและสามารถแข่งขันได้ในโลกยุค “ความรู้เป็นฐานเศรษฐกิจ” (Knowledge based economy) ตัวจักรกลที่สำคัญของอนาคตของชาติ คือ “คน” จะต้องมีศักยภาพที่สูง ปัจจัยสำคัญสองประการที่จะทำให้ “คน” เป็นแรงขับเคลื่อนความเจริญของชาติคือ การมีสุขภาพที่ดีเป็นฐานและมีการเพิ่มคุณค่าด้วยการได้รับการศึกษาที่ดี ดังนั้น “คน” ต้องมีสุขภาพที่ดีตั้งแต่เกิด เพื่อให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ที่สูงที่สุด (เทียนฉาย กิระนันท์, 2544)

เด็กก่อนวัยเรียนเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสติปัญญาเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ดังนั้นเด็กจึงควรได้รับการเลี้ยงดูให้การเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและเหมาะสม เพื่อให้เด็กมีสุขภาพสมบูรณ์และมีพัฒนาการตามวัย อย่างไรก็ตามจากสภาพการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ส่งผลกระทบทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูและเอาใจใส่น้อยลง เด็กส่วนหนึ่งจึงมีปัญหาสุขภาพอนามัย ซึ่งส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ โรคฟันน้ำนมผุในเด็กวัยนี้ นับเป็นปัญหาที่สำคัญเรื่องหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัย ทั้งนี้หากสภาวะในช่องปากของเด็กไม่ดี จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบ เช่น การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจสูงกว่าปกติ หรือหากปล่อยให้ฟันผุลุกลามจนทำให้เกิดการสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด จะส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร อันจะส่งผลกระทบต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ การเจ็บป่วย การเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายช้าลง และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากนอกจากจะส่งผลต่อเด็กโดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของชาติ ทั้งนี้เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษามีมูลค่าสูง

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2543 พบว่า กิจกรรมอันเกี่ยวเนื่องกับการให้บริการด้านสุขภาพมีราคาสูงมากขึ้นเรื่อยๆโดยในปี พ.ศ.2540 ค่าใช้จ่ายของการบริการด้านสุขภาพมีมูลค่าถึง 2,985 พันล้านเหรียญสหรัฐหรือประมาณร้อยละ 8 ของรายได้รวมของประชากรโลก (World gross domestic product) ทั้งยังก่อให้เกิดกลุ่มแรงงานผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงงานที่ต้องผ่านการเตรียมทักษะให้เป็นผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 35 ล้านคนทั่วโลก (world health organization, 1997) สำหรับการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยก็เช่นกัน พบว่า มีค่าสูงชันเรื่อยๆอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ.2543 มีมูลค่าสูงถึง 250,000 ล้านบาท และมี

อัตราเพิ่มถึงร้อยละ 16 ต่อปี ซึ่งอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนี้สูงกว่าอัตราการเพิ่มรายได้รวมภายในประเทศ ในขณะที่สภาวะสุขภาพของประชาชน กลับไม่ดีเท่าที่ควร (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543) ทั้งนี้รวมถึงสภาวะโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544 ของกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเริ่มมีฟันน้ำนมขึ้นครบทั้ง 20 ซี่ พบว่า มีฟันผุสูงถึงร้อยละ 65.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.61 ซี่ต่อคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต (กองทันตสาธารณสุข, 2544)

โรคฟันผุเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก อันได้แก่ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรับรู้เมื่อเกิดโรค ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการทัศนแบบเดิมที่เน้นการรักษาและบำบัดโรคเพียงอย่างเดียววันนั้น จึงมิใช่หนทางที่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืนจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม คือการมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจของบุคคล ครอบครัวและชุมชน มุ่งเน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีการลงทุนต่ำเมื่อเทียบกับผลตอบแทนทางสุขภาพที่ได้รับ ด้วยกระบวนการนี้จะทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (world health organization, 1997)

การป้องกันฟันผุอาจทำได้หลายวิธี เช่น การลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจากผู้เลี้ยงดูสู่ทารกด้วยการส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์มีสุขภาพช่องปากที่ดี การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัคร บุคลากรทางการแพทย์ และผู้นำชุมชนในการป้องกันผลเสียจากพฤติกรรมการเลี้ยงนมนที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ควรให้นมระหว่างเวลานอนเมื่อฟันน้ำนมซี่แรกเริ่มขึ้น การฝึกให้เด็กดื่มนมจากแก้วเมื่ออายุ 6-10 เดือน และการเลิกดื่มนมจากขวดเมื่ออายุ 12-18 เดือน การเสริมสร้างความแข็งแรงของฟันด้วยการใช้ฟลูออไรด์เสริม รวมถึงการใช้จ่ายฟันที่มีฟลูออไรด์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานทันตกรรมป้องกันที่กล่าวมานี้ ส่วนใหญ่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือสูงจากผู้ดูแลเด็กในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่การป้องกันดังกล่าวไม่สามารถบังเกิดผลให้เห็นในระยะสั้นเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการประเมินผลโครงการจ่ายน้ำยาฟลูออไรด์ในประเทศไทยที่มีการประเมินว่า มีการปฏิบัติจริงต่ำ (ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, วัฒนะ ศรีวัฒนา และรัชนีกร บานเย็น, 2538) นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนั้นเป็นไปได้ยาก และมักไม่ได้ผลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง (Weinstein และคณะ, 1994)

การนำความรู้และวิธีการในมุมมองของทันตแพทย์ไปถ่ายทอดให้กลุ่มคนทำตาม โดยไม่ได้คำนึงถึงว่ากลุ่มคนเหล่านั้นมีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้โครงการไม่ประสบผลสำเร็จ ดังที่ Steven Polka (1963) ได้สรุปสาเหตุของความล้มเหลว 4 ประการ (The 4 fallacies) กล่าวคือ การมองว่าชุมชนนั้นว่างเปล่า ไม่มีกลไกทางสังคมใดๆที่จะดูแลสุขภาพ โดยที่ไม่ได้ค้นหา ก่อนว่าในชุมชนนั้นมีกลไกทางสังคมนี้อยู่หรือไม่และมีวิธีการใดที่จะสามารถส่งเสริมกลไกนั้นๆให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพชุมชนนั้นมากยิ่งขึ้น รวมถึงการสร้างกลไกและบุคลากรขึ้นมาใหม่โดยมองว่าองค์กรที่ทางการตั้งขึ้นนั้น เป็นองค์กรเดียวที่มีบทบาทต่อกลไกทางสังคมของชุมชน อีกทั้ง การมองชุมชนแบบแยกส่วนโดยตัดขาดจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมแล้วแยกแก้ปัญหาเฉพาะ ในส่วนของตัวเอง ขาดความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านอื่นๆ และที่สำคัญก็คือการมองว่าทุกชุมชน เหมือนกัน โครงการที่นำมาใช้จึงเป็นโครงการเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วแต่ละ ชุมชนย่อมมีความแตกต่างกันทั้งในด้านวิถีชีวิต วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีหรือความคิด ความเชื่อ ดังนั้นการวางแผนงานหรือโครงการสาธารณสุขจากส่วนกลางที่มีรูปแบบเดียวกัน แล้วดำเนินการเหมือนกันทุกพื้นที่จะทำให้เกิดปัญหาและประสบความล้มเหลว

ในอดีตประมาณ 30 ปีที่ผ่านมาชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ยากจะเข้าถึง ต่อมา สถานการณ์ได้เปลี่ยนไปเมื่อมีการตัดถนน การจัดสาธารณูปโภคและบริการที่จำเป็นต่างๆ รวมทั้ง บริการสาธารณสุข และการศึกษากระจายเข้าไปถึงพื้นที่มากขึ้น จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ชาวไทยภูเขาที่มีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากเดิม อันส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทย ภูเขาในหลายด้าน ดังจะเห็นได้จากการที่ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของชาวไทยภูเขาเปลี่ยนแปลง จากเดิมมาคล้ายคลึงกับชาวไทยพื้นราบมากขึ้น (กุศล สุนทรธาดา, 2541) อย่างไรก็ตามปัญหา พฤติกรรมสุขภาพของชาวเขายังคงเชื่อมโยงกับปัจจัยอื่นๆอีกหลายประการ เช่น ปัญหาด้าน สัญชาติ เศรษฐกิจ สังคม ภาษา การศึกษา สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยเหตุนี้การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยการนำระบบของชาวไทย พื้นราบทั่วไปไปใช้ในชุมชนของชาวเขา ซึ่งมีขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ที่แตกต่าง จากชาวพื้นราบอาจเป็นไปได้ช้าและไม่ประสบผลสำเร็จ

หมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เป็นหมู่บ้านหนึ่งในโครงการ พัฒนาอดอยตุ้ง (พื้นที่ทรงงาน) อันเนื่องมาจากพระราชดำริ ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา เผ่าอาข่า ราษฎรเกือบทั้งหมดได้รับสัญชาติไทย พูดภาษาไทยได้ มีการคมนาคมที่สะดวกเมื่อ เปรียบเทียบกับหมู่บ้านชาวเขาที่อยู่บนภูเขาสูงในพื้นที่อื่นที่ยากจะเข้าถึง มีสาธารณูปโภคทั้ง ระบบการประปาและการไฟฟ้าทุกหลังคาเรือน มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ตู้เย็น โทรทัศน์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่ายังคงเป็นกลุ่ม

ชาติพันธุ์ที่มีชนบทธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและภาษาพูดเป็นของตนเอง มีวิถีชีวิตแตกต่างไปจากคนไทยพื้นราบ และมีการดำเนินชีวิตผูกพันอยู่กับพิธีกรรมดั้งเดิม มีวัฒนธรรม ประเพณีเก่าแก่ที่สืบทอดกันมา การมองปัญหาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลจึงต้องพิจารณาเชื่อมโยงกับปัจจัยอื่นๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก การเข้าใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมจะทำให้เกิดความเข้าใจในสาเหตุแห่งพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ดังนั้นการเริ่มต้นทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมที่ชาวบ้านมีอยู่เดิม และปัจจัยเงื่อนไขที่มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ตลอดจนการค้นหาระบบการเพื่อประยุกต์แนวการส่งเสริมป้องกันทางการแพทย์ให้เข้ากับระบบวิถีคิดและวิถีชีวิตของชาวบ้าน จึงจะก่อให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ปัญหาเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง ณ ช่วงเวลาในขณะหนึ่ง (cross-sectional study) ที่มักจะใช้การสัมภาษณ์ หรือแบบสอบถามที่ทางนักวิจัยได้จัดทำขึ้น เพื่อหาความสัมพันธ์กับปัจจัยแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะโรคฟันผุ แต่ยังไม่ขาดการศึกษาถึงกระบวนการและเงื่อนไขชีวิตของการเกิดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดฟันผุ รวมทั้งขาดความเชื่อมโยงเงื่อนไขต่างๆ ของครอบครัวและชุมชนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนได้ดีขึ้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในครอบครัวและชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่า หมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย ในโครงการพัฒนาอดอยตุ้ง (พื้นที่ทรงงาน) อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ภายใต้แนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกันไปเนื่องจากบริบททางสังคมวัฒนธรรม การทำความเข้าใจในบริบทดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นต่อการวางแผนหาแนวทางและรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับระบบความคิด ความเชื่อและวิถีชีวิต อันจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 ครอบครัวและชุมชนหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วยมีความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างไร โดยศึกษาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1.1 ความหมายและความสำคัญของฟันน้ำนมและโรคฟันผุ

2.1.2 ลักษณะของโรคฟันผุและสาเหตุของการเกิดโรค

2.1.3 ปัญหาและผลกระทบจากโรคฟันผุ

2.2 ครอบครัวและชุมชนหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วยมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างไร โดยศึกษาในประเด็นต่างๆดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากเด็ก

2.2.2 พฤติกรรมการบริโภค

2.2.3 พฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรับรู้ว่าจะเกิดโรค

2.3 บริบททางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างไร

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัวและชุมชนหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วย โดยศึกษาในประเด็นต่างๆดังนี้

3.1.1 ความหมายและความสำคัญของฟันน้ำนมและโรคฟันผุ

3.1.2 ลักษณะของโรคฟันผุและสาเหตุของการเกิดโรค

3.1.3 ปัญหาและผลกระทบจากโรคฟันผุ

3.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัวและชุมชนหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วย โดยศึกษาในประเด็นต่างๆดังนี้

3.2.1 พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากเด็ก

3.2.2 พฤติกรรมการบริโภค

3.2.3 พฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรับรู้ว่าจะเกิดโรค

3.3 เพื่อศึกษาบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัวและชุมชนหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วย

4.ขอบเขตของการวิจัย

4.1 ขอบเขตประชากร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ บุคคลในครอบครัวและชุมชนที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน 0-5 ปี ในหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ประชากรส่วนใหญ่ คือ ชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่า โดยมีประชากรทั้งสิ้น 543 คน 76 หลังคาเรือน มีเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 63 คน

4.2 ขอบเขตพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในหมู่บ้านอีก่อปากกล้วย ซึ่งเป็นหมู่บ้านหนึ่งจาก 27 หมู่บ้าน ในโครงการพัฒนาโดยตุงฯ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

4.3 ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัว และชุมชนในบริบททางสังคมวัฒนธรรม โดยกำหนดเนื้อหาในการวิจัยดังนี้

4.3.1 ความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน ของครอบครัวและชุมชน ในประเด็นต่างๆดังนี้

4.3.1.1 ความหมายและความสำคัญของฟันน้ำนมและโรคฟันผุ

4.3.1.2 ลักษณะของโรคฟันผุและสาเหตุของการเกิดโรค

4.3.1.3 ปัญหาและผลกระทบจากโรคฟันผุ

4.3.2 พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของ ครอบครัวและชุมชน ในประเด็นต่างๆดังนี้

4.3.2.1 พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากเด็ก

4.3.2.2 พฤติกรรมการบริโภค

4.3.2.3 พฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรู้ว่าเกิดโรค

4.3.3 บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากใน เด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัวและชุมชน โดยมีประเด็นต่างๆดังนี้

-ประวัติความเป็นมาของชุมชน ได้แก่ การก่อตั้งชุมชน เหตุการณ์ เปลี่ยนแปลงในชุมชน

-ลักษณะโครงสร้างทางกายภาพ ได้แก่ ที่ตั้ง อาณาเขต ลักษณะทั่วไป การตั้งบ้านเรือน การคมนาคม ระบบขนส่ง

-ลักษณะโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ โครงสร้าง ค่าจ้างแรงงาน ระดับรายได้ การผลิตและการบริโภค

-ลักษณะโครงสร้างทางการเมือง ได้แก่ การปกครองในชุมชน การจัดการ ปัญหาต่างๆในชุมชน กลุ่มผลประโยชน์ ผู้นำชุมชน

-ลักษณะโครงสร้างทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาในและนอกหลักสูตร ระดับการศึกษา

-ลักษณะโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ จำนวนประชากร การรวมกลุ่มอย่าง เป็นทางการและไม่ทางการ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของครอบครัว

-วัฒนธรรมชุมชน ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัย การตั้งบ้านเรือน ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม พิธีกรรม สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ ความยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี สุขภาพอนามัย ระบบบริการสาธารณสุข (แพทย์ทางเลือก, หมอพื้นบ้าน, แพทย์สมัยใหม่)

5.รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมในหมู่บ้านชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่า

6.คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงเด็กที่มีอายุก่อน 6 ปีบริบูรณ์

โรคในช่องปาก หมายถึง เฉพาะโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเป็นโรคที่พบในเด็กกลุ่มนี้มากกว่าโรคปริทันต์และโรคในช่องปากอื่นๆ

ฟันผุ หมายถึง รอยโรคฟันผุที่มีรอยขรุขระ เมื่อใช้ที่ตรวจฟันผุ (explorer) เขี่ยเบาๆ จะมีลักษณะนิ่ม หรือ มีการเปลี่ยนสีของฟันที่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติได้เคลือบฟัน

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก หมายถึง การกระทำที่แสดงเจตนาอย่างเปิดเผย ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง และเหตุการณ์ด้านความรู้สึก สภาพทางจิตที่อาจสังเกตหรือวัดโดยทางอ้อมที่แสดงเพื่อตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพในช่องปากและฟัน ทั้งในสภาวะช่องปากที่ปกติหรือสภาวะที่เกิดโรค ซึ่งในที่นี้จะศึกษาเกี่ยวกับ

-พฤติกรรมภายใน ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ และการให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

-พฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การดูแลอนามัยช่องปาก การบริโภคอาหาร รวมถึงการป้องกันและรักษาปัญหาโรคฟันผุที่เกิดขึ้น

บริบท (context) หมายถึง เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมโดยรวมและโดยรอบของปรากฏการณ์ ที่ให้ความหมายและมีผลต่อการดำรงอยู่ของปรากฏการณ์นั้นๆ หรือตัวกำหนดในสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม เช่น สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งมีผลทำให้บุคคลหรือชุมชนนั้นแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

บริบททางสังคมวัฒนธรรม หมายถึง เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมซึ่งชาวบ้านใช้ในการเชื่อมโยงกับปัญหาหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งต่อปาก

และฟัน อันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในครอบครัวและชุมชนของเด็กก่อนวัยเรียน ในหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

7. ปัญหาจริยธรรม

ในการวิจัยนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ยึดหลักจรรยาบรรณ เคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย โดยได้รับการยินยอมจากบุคคลในปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่ายินดีให้เข้าไปศึกษาได้ ขอความสมัครใจในการร่วมโครงการวิจัย ไม่ใช้วิธีการบังคับ ชูเชิญ หรือหลอกลวงเพื่อที่จะได้ข้อมูล และเพื่อไม่ให้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ถูกวิจัยเป็นเรื่องเปิดเผย หรือทำให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายต่อชาวบ้านผู้ให้ข้อมูล ในการเขียนรายงานการวิจัยจะไม่ระบุชื่อและนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล ยกเว้นในกรณีที่ได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

8. ข้อจำกัดของการวิจัย

8.1 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในเฉพาะกรณี เฉพาะพื้นที่ เฉพาะช่วงเวลา ดังนั้นการนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นอาจมีความจำกัด เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะพื้นที่ ภาวะเงื่อนไขและบริบทแวดล้อม

8.2 ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคือเครื่องมือวิจัยที่สำคัญในการเก็บข้อมูล ดังนั้นประสบการณ์ของผู้วิจัย อาจทำให้เกิดข้อจำกัดของการศึกษา

8.3 ข้อจำกัดในเรื่องของภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ในกรณีติดต่อสื่อสารกันด้วยภาษาอาข่า จำเป็นต้องมีผู้ช่วยแปล ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อความหมายให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันได้

8.4 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมีความยืดหยุ่นของเทคนิคและวิธีการในขั้นตอนต่างๆ สูง ดังนั้นการทำความเข้าใจเพื่อทดสอบการวิจัยในกลุ่มประชากรเดียวกันอาจมีความจำกัดเนื่องจากความยืดหยุ่นที่มีมากจนทำให้ไม่สามารถบอกรายละเอียดทั้งหมดในรายงานการวิจัย

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การเข้าใจถึงความคิด ความเชื่อ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวอาข่า หมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วยที่มีความแตกต่างจากคนไทยพื้นราบ อันเนื่องมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการหาแนวทางและรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับระบบความคิด ความเชื่อ และวิถีชีวิตของเด็กก่อนวัยเรียนชาวอาข่ากลุ่มนี้ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและพัฒนาสุขภาพช่องปากที่ยั่งยืนต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในครอบครัว และชุมชนของเด็กก่อนวัยเรียน จะประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

1 สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

- 1.1 นิยามและลักษณะฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน
- 1.2 ความสำคัญของฟันน้ำนมและผลกระทบจากโรคฟันผุ
- 1.3 ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม
- 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

1.4.1 ปัจจัยหลักด้านชีวภาพ

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดฟันผุ

2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของการเกิดโรคฟันผุ

- 2.1 คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรม
- 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก
 - 2.3.1 ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก
 - 2.3.2 พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก
 - 2.3.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 2.3.4 พฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรับรู้ว่าจะเกิดโรค

3 แนวคิดในการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

4 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 นิยามและลักษณะฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนจะมีรูปแบบการลุ่ที่แตกต่างกัน โดยอาจมีรูปแบบการกระจายตามตำแหน่งและรูปร่างของซี่ฟัน มีการศึกษาพบว่าฟันกรามน้ำนมจะมีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุมากที่สุด รองลงมาคือฟันหน้าตัดบน และฟันเขี้ยวตามลำดับ และมักจะไม่พบการลุ่ในฟันหน้าล่าง (Kerosuo และ Honkala, 1991; Holt, 1995) สำหรับการลุ่อีกรูปแบบหนึ่งที่พบ

มากในกลุ่มประเทศที่ยากจน เศรษฐฐานะต่ำ กลุ่มเด็กชนกลุ่มน้อย คือ การผุในเด็กก่อนวัยเรียน ชนิด rampant caries หรือ ฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries)

การเกิดฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries: ECC) เป็นคำศัพท์ใหม่ที่นิยามขึ้นโดย Center for Disease Control and Prevention (CDCP) ในปี ค.ศ. 1994 เพื่อใช้เรียกลักษณะฟันผุที่เริ่มเกิดในฟันหน้าน้ำนมบน ในเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี (Milnes, 1996) แต่เดิมใช้คำว่า ฟันผุจากการใช้นมขวด (nursing caries หรือ baby bottle tooth decay) ต่อมาพบว่า การเกิดฟันผุในเด็กวัยนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการดูดนมเพียงอย่างเดียว การดูดเครื่องดื่มที่มีรสหวานจากขวดนมก็สามารถทำให้เกิดฟันผุในเด็กเล็กได้เช่นกัน และในทางตรงกันข้ามการที่เด็กติดการดูดนมจากขวดหรือ เครื่องดื่มรสหวานต่างๆก็ไม่จำเป็นต้องเกิดฟันผุเสมอไป จึงได้นำเอาคำว่า ฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries) มาใช้แทนคำเดิม การผุในลักษณะนี้มีรูปแบบเฉพาะคือ การผุกรุนแรงในบริเวณฟันหน้าน้ำนมบน การผุจะสัมพันธ์กับลำดับการขึ้นของฟัน และจะพบฟันผุในฟันน้ำนมล่างได้น้อย

Veekamp และ Weerheijm (1995) ได้อธิบายขั้นตอนการลุกลามของโรคฟันผุในเด็กเล็กไว้ 5 ระยะ คือ

- 1.ระยะเริ่มแรก (initial or reversible stage) จะมีลักษณะของแถบขุ่นขาวของผิวเคลือบฟันที่เกิดจากการสูญเสียแร่ธาตุบริเวณคอฟัน หรือในระหว่างซอกฟันของฟันหน้าน้ำนมบน ซึ่งในระยะนี้ผู้ปกครองมักสังเกตไม่พบ
- 2.ระยะทำลาย (damaged or carious stage) รอยผุในฟันหน้าบนจะลุกลามจนถึงชั้นเนื้อฟัน บริเวณรอบคอฟันจะมีการเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลหรือดำ โดยสูญเสียความต่อเนื่องของผิวเคลือบฟัน ในขณะที่ฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่งเริ่มมีการผุ ในระยะเริ่มแรก ระยะนี้การผุจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ปกครองมักสังเกตเห็น รอยโรคได้เอง ร่วมกับการที่เด็กเริ่มมีอาการปวดหรือเสียวฟันในขณะรับประทานอาหาร
- 3.ระยะฟันผุลึก (deep lesion) ระยะนี้รอยผุในฟันหน้าบนจะเพิ่มขนาดขึ้น และพบการผุในฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่งทั้งหมด เด็กจะเริ่มมีอาการปวดในขณะแปรงฟันหรือรับประทานอาหาร ฟันหน้าบนอาจผุทะลุโพรงประสาทฟันทำให้เกิดอาการปวดในเวลากลางคืน และปวดขณะรับประทานอาหารร้อนหรือเย็น
- 4.ระยะบาดเจ็บ (traumatic stage) หากไม่ได้รับการรักษา โรคฟันผุจะลุกลามต่อไป ฟันจะเกิดการกร่อนหรือหักของตัวฟันจนหรือแตกรากฟัน

5.ระยะหยุดการทำลาย (arrested caries) เมื่อมีการจัดสาเหตุออกไป อาจมีการสะสมของแร่ธาตุ รอยผุจะมีความแข็งขึ้นและมีสีน้ำตาลหรือดำ

1.2 ความสำคัญของฟันน้ำนมและผลกระทบจากโรคฟันผุ

ฟันน้ำนมนั้นนอกจากจะมีหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียดง่ายต่อการย่อยในกระเพาะอาหารและดูดซึมไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายแล้ว ยังมีความสำคัญหลักในการเจริญเติบโตของขากรรไกรและใบหน้า รวมทั้งช่วยทำให้ฟันถาวรมีการเจริญเติบโตอย่างปกติและขึ้นมาในตำแหน่งที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีผลในด้านความสวยงาม การพูดออกเสียงของเด็ก หากเด็กในวัยนี้เกิดฟันผุ จะมีการลุกลามอย่างรวดเร็วเนื่องจากฟันน้ำนมมีความหนาของผิวเคลือบฟันน้อย และเด็กไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล นอกจากนี้การให้การรักษาทางทันตกรรมแก่เด็กในวัยนี้ยังเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะเด็กยังไม่มีความพร้อมในการให้ความร่วมมือและการเกิดความกลัว โดยการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนจะส่งผลกระทบต่อเนื้อหลายด้าน เช่น

พัฒนาการทางด้านร่างกาย ในเด็กที่มีฟันผุลุกลามจนมีอาการปวด หรือมีการติดเชื้อ จะทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก ไม่อยากรับประทานอาหาร เกิดการเจ็บป่วย และการเจริญเติบโตของร่างกายช้าลง โดยจากการศึกษาของ Acs และคณะ (1992) ที่ทำการศึกษาจากแฟ้มประวัติของเด็กที่มีฟันผุลุกลามจำนวน 115 คน เปรียบเทียบกับเด็กที่มีฟันปกติจำนวนเท่ากัน พบว่าเด็กที่มีฟันผุลุกลามจะมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีฟันปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayhan, Suskan และ Yildirim (1996) ที่ศึกษาถึงผลกระทบจากการที่เด็กอายุ 3-5 ปีเป็นโรคฟันผุลุกลามต่อส่วนสูง น้ำหนัก และเส้นรอบศีรษะจำนวน 126 คน เปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างของเส้นรอบศีรษะระหว่างเด็กทั้งสองกลุ่มนี้ แต่ก็พบว่าส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กที่มีฟันผุลุกลามจะน้อยกว่าเด็กที่มีฟันปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลกระทบจากโรคฟันผุลุกลามต่อการเกิดฟันผุของฟันถาวรในอนาคต การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม และการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดฟันผุตั้งแต่วัยเด็กจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในระยะฟันผสมและฟันถาวร ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อเกิดฟันผุในฟันน้ำนมจะมีการลุกลามไปถึงปลายรากฟันและทำอันตรายต่อหน่อฟันถาวรที่อยู่ด้านใต้ ทำให้เกิดผิวเคลือบฟันที่ผิดปกติส่งผลให้ฟันถาวรมีโอกาสเกิดฟันผุได้ง่ายขึ้น (Kaste และคณะ, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Shalan, Erickson และ Hardie (1997) ที่ได้ทำการทบทวนแฟ้มประวัติของเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มีฟันน้ำนมจำนวน 115 คน พบว่า การเกิดฟันผุในเด็กเล็กเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันถาวรผุในอนาคต

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การรักษาโรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กเล็กจะยุ่งยาก เนื่องจากเด็กในวัยนี้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำฟัน ในบางรายอาจจำเป็นต้องทำการรักษาทางทันตกรรมร่วมกับการใช้ยาลดความกังวล หรืออาจต้องทำการรักษาภายใต้การดมยาสลบ ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (Tinanoff และ O'Sullivan, 1997)

1.3 ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความชุกของโรคฟันผุในเด็กเล็กจะแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 1-70 (Milnes, 1996) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทำให้คำจำกัดความ เกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย ในแต่ละการสำรวจ จำนวนและตำแหน่งของฟันที่ผุ อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ เชื้อชาติ เป็นต้น (Ismail, 1999; Wyne, 1999) จึงเป็นการยากที่จะนำผลมาเปรียบเทียบกัน แต่อย่างไรก็ตามมักพบว่า ความชุกในการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กจะสูงในกลุ่มเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย เศรษฐฐานะต่ำ ชนกลุ่มน้อย และกลุ่มผู้อพยพ

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคฟันผุ พบว่าประเทศอุตสาหกรรม (established market economy countries) มีแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุลดลง ทั้งนี้เนื่องจากผลสำเร็จในการดำเนินการส่งเสริมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าประเทศที่กำลังพัฒนามีแนวโน้มการเกิดฟันผุสูงขึ้น และพบว่าจะมีความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท โดยในเขตเมืองจะมีการเกิดฟันผุสูงกว่าในเขตชนบท เนื่องจากชนิดของอาหารที่รับประทานและวิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนไป โดยที่อนามัยในช่องปากของคนในสังคมเมืองยังไม่ดี และการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาไม่ประสบผลสำเร็จ (Barnes, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Diehnelt และ Kiyak (2001) ที่ได้รายงานว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาเด็กในครอบครัวที่มีรายได้สูงและปานกลางจะมีอัตราการเกิดฟันผุมากกว่าเด็กในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การมีรายได้ต่อหัวเพิ่มขึ้น และภาวะความเป็นเมืองที่มีผลทำให้มีวัฒนธรรมการบริโภคเปลี่ยนไป มีการบริโภคน้ำตาลมากขึ้น ซึ่งต่างจากกลุ่มเด็กในชนบทที่ยังมีการรับประทานอาหารจากแหล่งธรรมชาติแบบดั้งเดิม

อย่างไรก็ตามจากผลการสำรวจของ Wong และคณะ (2001) พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนในช่วงอายุ 5-6 ปี ที่อาศัยทางตอนใต้ของประเทศจีนในปี ค.ศ. 1997 มีอัตราการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมสูง โดยได้เปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าเด็กในเขตเมืองมีฟันผุร้อยละ 75 ส่วนเด็กในเขตชนบทมีฟันผุสูงกว่าเป็นร้อยละ 86 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ดม (dmft) เท่ากับ 4.8 และ 7.0 ตามลำดับ โดยให้ความเห็นว่าเวลาที่เด็กในเขตเมืองมีฟันผุน้อยกว่าเนื่องจากมีการใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ การมีพฤติกรรมอนามัยในช่องปากที่ดีกว่าและการเข้าถึงการส่งเสริมและป้องกันโรค นอกจากนี้มีการศึกษาของ Kelly และ Bruerd (1987) ในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี

ชาวพื้นเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกา เปรียบเทียบระหว่าง 2 เมือง คือ เมืองอลาสก้า และเมือง โอกลาโฮมา พบว่า เด็กกลุ่มนี้มีฟันผุแตกต่างกัน คือ ร้อยละ 66.8 และ 41.8 ตามลำดับ ทั้งนี้ เนื่องจากความแตกต่างระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เด็กชาวอลาสก้าซึ่งยากจนกว่าจะได้รับบริการทางทันตกรรมน้อยกว่าจึงมีค่าเฉลี่ยฟันผุสูงกว่า

สำหรับในประเทศไทยจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544 ของเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีซึ่งเพิ่งมีฟันน้ำนมขึ้น ครบ 20 ซี่ พบว่ามีฟันผุสูงถึงร้อยละ 65.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.61 ซี่ต่อคน และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น หากเปรียบเทียบระหว่างเขตเมือง และเขตชนบท พบว่าเด็กในเขตเมืองมีฟันผุน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 64.0 ส่วนเด็กในเขตชนบทมีฟันผุสูงกว่าเป็นร้อยละ 70.3 เมื่อพิจารณาถึงเด็กกลุ่มอายุ 5-6 ปี พบว่ามีฟันค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงขึ้นถึง 6.0 ซี่ต่อคน และพบว่าการเกิดโรคในเขตเมืองมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่เขตชนบทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนกระทั่งในปัจจุบันพบว่าเด็กกลุ่มนี้ในเขตเมืองมีฟันผุน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 86.1 ส่วนเด็กในเขตชนบทมีฟันผุสูงถึงร้อยละ 89 (กองทันตสาธารณสุข, 2544)

จากผลการสำรวจสภาวะช่องปากในโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒนวรราชวรางกูร ในโครงการพัฒนาโดยศูนย์ จังหวัดเชียงราย ปี 2543 พบว่ามีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.1 ซี่ต่อคน และพบจำนวนเด็กที่มีฟันผุใน ฟันน้ำนมสูงถึงร้อยละ 76.47 (ข้อมูลอยู่ในระหว่างการประมวลผล)

1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

1.4.1 ปัจจัยหลักด้านชีวภาพ

ขบวนการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กจะต้องประกอบด้วยสภาวะที่เหมาะสมของ ปัจจัยหลักต่างๆ ร่วมกัน 3 ประการ ได้แก่ ลักษณะของตัวฟันและสภาพแวดล้อมในช่องปาก เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดกรด และอาหารโดยเฉพาะแป้งและน้ำตาล (Soew, 1998) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1.1 ลักษณะของตัวฟันและสภาพแวดล้อมในช่องปาก

ตัวฟัน ฟันน้ำนมที่ขึ้นมาใหม่จะมีการสะสมของแร่ธาตุบนผิวเคลือบฟัน ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่ายกว่าฟันที่ขึ้นมาในช่องปากนานกว่า (Carlos และ Gittelsohn, 1965) นอกจากนี้ฟันที่มีพัฒนาการไม่สมบูรณ์ หรือ มีความผิดปกติของผิวเคลือบฟัน (enamel hypoplasia) จะมีโอกาสเกิดฟันผุได้สูงกว่าปกติ ซึ่งอาจพบความผิดปกตินี้ ในเด็กที่คลอดก่อนกำหนด ได้รับอุบัติเหตุขณะคลอด น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าเกณฑ์ การติดเชื้อ การขาดสารอาหารขณะที่มารดาตั้งครรภ์และหลังคลอด การได้รับสารพิษสารเคมี เป็นต้น (Soew, 1991)

สภาพแวดล้อมในช่องปาก น้ำลายมีบทบาทสำคัญในการรักษาสมดุลในช่องปาก ทำหน้าที่ชะล้างอาหาร (oral clearance) และปรับสภาพความเป็นกรด (buffer) ประกอบด้วยสารต่างๆที่ทำหน้าที่ยับยั้งการเกาะและเจริญเติบโตของแบคทีเรีย เช่น lysozyme, lactoferin, peroxidase และ agglutinin โดยคุณสมบัติของน้ำลายเหล่านี้จะขึ้นกับการไหลของน้ำลาย ซึ่งในช่วงเวลาที่หลับจะมีการไหลของน้ำลายลดลง หากได้รับน้ำตาลในช่วงนี้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่าย (Dowd, 1999)

1.4.1.2 เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดกรด

ชนิดของเชื้อ โรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถถ่ายทอดได้ ซึ่งเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุคือ *Mutans streptococci* จากการศึกษาของ Caufied และคณะ (1993) พบว่าเชื้อจะเข้ามาตั้งถิ่นฐานในช่องปากของเด็กเมื่อเด็กเริ่มมีฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น และพบว่าช่วงเวลาที่มีการมาตั้งถิ่นฐานมากที่สุดคือช่วงเวลาที่จำเพาะต่อการติดเชื้อ (Discrete window of infectivity) คือในช่วงอายุ 19-31 เดือน

จำนวนเชื้อและการถ่ายทอดเชื้อ จากการศึกษาของ Kohler, Peterson และ Bratthan (1981) พบความสัมพันธ์ของปริมาณเชื้อกับการเกิดฟันผุว่าเด็กที่มีปริมาณเชื้อในน้ำลายมากจะมีแนวโน้มของการเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กที่มีปริมาณเชื้อต่ำกว่า น้ำลายเป็นพาหะสำคัญในการส่งผ่านเชื้อ แหล่งที่มาของเชื้อที่สำคัญคือคนใกล้ชิดที่เลี้ยงดูเด็ก โดยพบว่าเชื้อที่พบในแม่และลูกจะเป็นชนิดเดียวกัน ซึ่งเนื่องมาจากแม่เป็นคนเลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดมากที่สุด เชื้ออาจถ่ายทอดโดยการสัมผัสใกล้ชิด หรือผ่านทางภาชนะที่ปนเปื้อนเชื้อ เช่น การใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกัน การป้อนอาหาร การใช้แปรงสีฟันร่วมกัน ความสามารถในการถ่ายทอดเชื้อจะขึ้นกับระดับของเชื้อในน้ำลายของแม่ด้วย โดย Berkowitz, Turner และ Green (1981) รายงานว่า ทารกในกลุ่มที่มารดามีปริมาณเชื้อในช่องปากมากกว่า 10^5 colony forming units (CFU) ต่อมิลลิลิตร จะมีความถี่ที่พบเชื้อในช่องปากสูงกว่าทารกในกลุ่มที่มารดามีปริมาณเชื้อน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10^3 CFU ต่อมิลลิลิตร ถึง 9 เท่า

1.4.1.3 อาหาร

อาหารที่รับประทานจะมีผลส่งเสริมหรือยับยั้งการเกิดโรคฟันผุ ขึ้นอยู่กับ **ชนิดของอาหาร**

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในขบวนการเกิดฟันผุ ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อ *Mutans streptococci* จะใช้คาร์โบไฮเดรตผลิตสารเหนียวเกาะบนผิวฟันทำให้เชื้อจุลินทรีย์ชนิดอื่นๆมาสะสมกลายเป็นแผ่นคราบจุลินทรีย์ นอกจากนี้เชื้อจุลินทรีย์ยังใช้คาร์โบไฮเดรตเป็นวัตถุดิบในการผลิตกรดมาทำลายฟัน (Jensen, 1999) การเกิดฟันผุยังขึ้นกับชนิดของน้ำตาล โดยพบว่าน้ำตาลซูโครสเป็นตัวสำคัญในกระบวนการที่ทำให้เกิดฟันผุ โดย

แบคทีเรียจะใช้น้ำตาลซูโครสเป็นพลังงานในการสร้างกรด อย่างไรก็ตามฟรุคโตสในผลไม้ก็มีผลทำให้เกิดกรดได้เหมือนกัน (Neff, 1967) ส่วนแป้งนั้นแม้ว่าจะทำให้เกิดความเป็นกรดลดลงน้อยกว่า แต่เมื่อแป้งรวมกับน้ำตาล เช่น ขนมปัง คุกกี้ หรือ อาหารหวานจะสามารถเกิดกรดได้ใกล้เคียงกับน้ำตาลเช่นกัน (Mormann และ Muhlemann, 1981)

ฟลูออไรด์ เป็นสารอาหารที่ลดความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ โดยการกระตุ้นกระบวนการเสริมแร่ธาตุกลับคืนให้สู่ฟัน (Remineralization) ซึ่งจะมีผลป้องกันฟันผุเมื่อมีการสัมผัสกับฟันโดยตรงขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่มีฟลูออไรด์ การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่โดยทันตแพทย์

นม เป็นอาหารสำคัญสำหรับเด็ก แม้ว่านมจะมีส่วนประกอบของน้ำตาลแลคโตสที่แบคทีเรียจะใช้สร้างกรดได้เช่นเดียวกับน้ำตาลชนิดอื่น แต่นมยังมีส่วนประกอบอื่นที่ทำหน้าที่ป้องกันฟันผุ ได้แก่ โปรตีนและฟอสเฟตจะช่วยในการควบคุมความเป็นกรด (buffer) แคลเซียมและฟอสเฟตจะช่วยในการสะสมแร่ธาตุ (remineralization) และโปรตีนในนมจะช่วยให้เคลือบฟันผิวฟันลดการละลายจากกรดได้ จะเห็นได้ว่านมไม่ใช่อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ อย่างไรก็ตามนมโคและนมมารดา ก็อาจจะทำให้เกิดฟันผุได้หากให้นมไม่ถูกวิธี เช่น การให้เด็กหลับคาขวดนม การให้เด็กดูดนมมารดาบ่อยเท่าที่เด็กต้องการ หรือการเติมน้ำตาลในนมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุได้ (Tinanoff และ O'Sullivan 1997)

ลักษณะของอาหาร จะมีผลต่อการเกิดฟันผุ โดยอาหารที่มีลักษณะหยาบ เช่น ผัก ผลไม้จะช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำลายได้ดี ส่วนอาหารที่มีลักษณะเหนียวติดฟันจะค้างอยู่ในช่องปากนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งจะทำให้ความเป็นกรดในช่องปากนานขึ้น

ความถี่ในการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลในแต่ละคนจะมีความสำคัญในการเกิดฟันผุ การรับประทานอาหารน้ำตาลในความถี่และปริมาณมาก จะทำให้เกิดความเป็นกรดและมีโอกาสเกิดฟันผุได้มากขึ้น โดยพบว่า การเกิดฟันผุจะสัมพันธ์กับความถี่ของการรับประทานอาหารน้ำตาลมากกว่าปริมาณน้ำตาลที่กิน และการรับประทานอาหารน้ำตาลในช่วงมื้ออาหารจะก่อให้เกิดฟันผุได้ต่ำกว่าการรับประทานระหว่างมื้อ (Houte, 1994)

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดฟันผุ

ในปัจจุบันเชื่อว่าโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัย (multifactorial disease) ประกอบไปด้วยปัจจัยหลักทางชีวภาพ (biologic factor) แล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ มาร่วมด้วย เช่น ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมจิตวิทยา (psychosocial factor) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic factor) และปัจจัยทางพฤติกรรม (behavior factor) (Davies, 1998; Reisine และ Douglass, 1998) ดังนั้นการมองปัญหาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากคงไม่สมบูรณ์ หากปราศจากการพิจารณา

ปัญหาสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อมเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง เป็นต้น

2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของการเกิดโรคฟันผุ

2.1 คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

พัทธา สายหนู (2527) ได้เสนอว่า พฤติกรรมของคนเรามีทั้งสิ่งที่เป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกคือส่วนที่ปรากฏให้เห็นและรู้ความหมายได้ ถ้าผู้สังเกตพฤติกรรมมีความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมของเจ้าของพฤติกรรม พฤติกรรมภายในคือส่วนที่เป็นค่านิยม ความเชื่อ ความรู้สึก เป็นตัวกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมภายนอกอีกทอดหนึ่ง การทำความเข้าใจพฤติกรรมภายนอกที่ปรากฏนั้น จึงต้องอาศัยความเข้าใจพฤติกรรมภายในของคน

เฉลิมพล ตันสกุล (2541) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมว่า กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้

Gochman (1988) ได้กำหนดคำจำกัดความของ พฤติกรรมสุขภาพ ว่า คือ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู และการป้องกันสุขภาพ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพที่กำหนดขึ้นจึงครอบคลุมทั้งการกระทำที่แสดงเจตนาอย่างเปิดเผย ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง และเหตุการณ์ด้านความรู้สึก สภาพทางจิตที่อาจสังเกตหรือวัดได้โดยทางอ้อม ขณะเดียวกัน คำจำกัดความดังกล่าว ยังรวมถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ ที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มต่างๆ สถาบันทางสังคม ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งสะท้อนถึงวิถีคิดและพฤติกรรมต่างๆ กัน

ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนครั้งนี้ จึงประกอบด้วย พฤติกรรมภายใน คือ ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรู้ว่าเกิดโรค

2.2 แนวคิดและทฤษฎีของการเกิดพฤติกรรม

ในการศึกษาถึงพฤติกรรมนั้น เป็นการทำความเข้าใจ หรือหาเหตุผลมาอธิบายว่า พฤติกรรมเกิดขึ้นได้อย่างไร มีสาเหตุมาจากอะไร โดยมีผู้กำหนดแนวคิดและทฤษฎีของการเกิด

พฤติกรรมไว้เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่นๆอีกมากมาย ทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งสามารถจัดกลุ่มแนวคิดเรื่องพฤติกรรมออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆด้วยกัน (เฉลิมพล ตันสกุล, 2541) ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

รากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล อันได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เป็นต้น โดยจะสนใจศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ แนวคิดนี้นักจิตวิทยาในกลุ่มโครงสร้าง (structuralalist) ได้เน้นความสนใจไปยังประเด็นที่ว่าทำไมพฤติกรรมจึงเกิดขึ้น โดยนักจิตวิทยาในกลุ่มนี้เชื่อว่าหากคนยังมีความรู้ในเรื่องสุขภาพมากจะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ตัวอย่างทฤษฎีที่นิยมนำมาใช้อธิบาย เช่น ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน (Self-efficacy Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นจากการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura) คือรู้ว่าตนเองทำอะไรได้ดีมากน้อยเพียงใด ตัวกำหนดที่สำคัญในการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ล้วนเป็นเพราะบุคคลได้รับรู้ว่าตนเองสามารถทำงานชิ้นนั้นๆ ได้ ได้เคยมีการศึกษาของ Reisine, Litt และ Tinanoff (1994) ซึ่งนำทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน (Self-efficacy Theory) มาใช้อธิบายการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี กลุ่มหนึ่งในเมืองคอนเนตทิคัต ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าปัจจัยทางด้านจิตวิทยาจะเป็นปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากแม้ว่าจะไม่ใช่ปัจจัยหลักที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม อย่างไรก็ตามมีรายงานการวิจัยหลายเรื่อง (O'Sullivan และ Tinanoff, 1993; Reisine และ Litt, 1993; Tinanoff และคณะ, 1999) ที่พบว่า ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติ บางครั้งไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเลย จึงทำให้มีการตั้งข้อสังเกตว่าการที่บุคคลมีความรู้ ไม่ใช่ตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพได้

2.2.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล

แนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างของสังคม เช่น ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา และองค์ประกอบด้านประชากรมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคน การสร้างปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลอันได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ เช่น แนวคิดในการสร้างที่แปรงฟันในโรงเรียนเพื่อจะให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมการแปรงฟัน แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า องค์ประกอบภายนอกเหล่านี้เพียงอย่างเดียว ยังไม่สามารถผลักดันให้มีการปฏิบัติที่พึงประสงค์ และลดปัญหาสุขภาพช่องปากได้

2.2.3 ปัจจัยหลายปัจจัย

แนวความคิดนี้มีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล โดยปรับเปลี่ยนให้คนมีศักยภาพในการกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็มีพลังในการสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมให้เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น การให้ความสำคัญกับอาการและความรุนแรงของโรคร่วมกับองค์ประกอบทางสังคม เป็นต้น โดยเชื่อว่า ในการมองปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บและพฤติกรรมต้องมองอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์รวม ไม่เพียงแต่ใช้องค์ความรู้เฉพาะการแพทย์หรือสาธารณสุขเท่านั้น จำเป็นต้องใช้สหวิทยาการทั้งด้านประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม เศรษฐศาสตร์ เข้าด้วยกัน โดยคำนึงถึงความสำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งจะต้องสร้างให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ตัวอย่างแนวคิดนี้ได้แก่ คิดของ Dune (1976 อ้างถึงในลือชัย ศรีเงินยวง และปริษา อุปโยคิน, 2533) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมซึ่งเป็นการผสมผสานของค่านิยม ความเชื่อและทัศนคติ ซึ่งแสดงออกในรูปของภาษา เครื่องมือเครื่องใช้ และเทคโนโลยี ตลอดจนสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย โดย กุศล สุนทรธาดา (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ-สังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น

แนวความคิดนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การเชื่อมโยงพฤติกรรมกับระบบสังคม วัฒนธรรม ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพจะสะท้อนระบบสังคมวัฒนธรรม การเข้าใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมจะทำให้เข้าใจในสาเหตุแห่งพฤติกรรม ดังนั้นการทำความเข้าใจต่อเรื่องพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องพิจารณาเหตุปัจจัยหลายประการที่เชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นนี้เป็นเพียงบางส่วนของแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ โดยสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ พฤติกรรมของมนุษย์มีความเป็นพลวัต (dynamic) มีความสลับซับซ้อน ซึ่งมีปัจจัยจำนวนมากเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขและรูปแบบ ดังนั้นจึงไม่มีแนวคิดหรือทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่สมบูรณณ์จนสามารถอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ได้ครอบคลุมทั้งหมด

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

อาจกล่าวได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพช่องปากส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรม โดยพฤติกรรมสามารถนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีหรืออาจทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการ

บริโภค และพฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรับรู้ว่าจะเกิดโรค ซึ่งการเกิดพฤติกรรมมีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล ดังจะกล่าวในรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

ฟันน้ำนมมีความสำคัญทั้งในการบดเคี้ยว การพูดออกเสียง การเป็นเครื่องกันที่ตามธรรมชาติ รวมถึงความสวยงาม ซึ่งจะเกิดผลกระทบตามมาหากเกิดโรคฟันผุ แต่อย่างไรก็ตามการให้ความสำคัญของฟันน้ำนมของบุคคลนั้นมีความหลากหลาย อาจแตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกันในแต่ละสังคม ยกตัวอย่าง เช่น การศึกษาของ Maupome (1995) ที่ศึกษาในครอบครัวผู้พหุวัฒนธรรมอเมริกัน พบว่ามารดาในกลุ่มนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับฟันน้ำนม ถึงแม้มารดาจะทราบว่าการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมจะส่งผลกระทบต่อเด็ก แต่ความเชื่อที่ว่าเกิดฟันผุเป็นเรื่องปกติในเด็กทุกคน และฟันน้ำนมเหล่านี้จะหลุดไปเองเมื่ออายุมากขึ้น จึงทำให้มารดาในกลุ่มนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคฟันผุที่เกิดขึ้น หรือ ชาวบ้านในชนบทของประเทศไทยบางคนเชื่อว่าเด็กจะมีฟันดีหรือเลวย่อมเป็นมาแต่กำเนิด ไม่สามารถปฏิบัติอย่างใดที่จะทำให้เด็กพ้นจากโรคฟันผุได้ ในขณะที่เมื่อเด็กมีปัญหาการปวดฟัน หลังจากที่รอดูอาการแล้วไม่ดีขึ้น ผู้ปกครองจะพาไปรับการรักษาจากสถานีนามัย หรือโรงพยาบาล โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มักจะยินยอมให้ทันตบุคลากรให้การรักษาโดยการถอนฟัน ทั้งนี้มีความเชื่อว่าการถอนฟันน้ำนมในเด็กนั้นอีกไม่นานฟันถาวรจะขึ้นมาแทนที่ (ปิยะฉัตร พัทธานันต์, 2543)

ความคิด ความเชื่อบางอย่างอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากได้ เช่น การศึกษาของ Harrison และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนชาวเวียดนามอพยพในประเทศแคนาดา พบว่ากว่าร้อยละ 50 ในเด็กอายุ 18 เดือนยังดูดนมขวด โดยมีถึงร้อยละ 87 ที่ดูดนมเกือบตลอดทั้งวันตามความต้องการของเด็กและมีพฤติกรรมหลับคาขวด ซึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีฟันผุร้อยละ 65 ซึ่งการที่เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคเช่นนี้เนื่องมาจากในสังคมของชาวเวียดนามจะให้ความสำคัญกับเด็กอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเจริญเติบโตและการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง โดยเชื่อว่านมเป็นอาหารที่มีคุณค่ามากที่สุด เป็นสิ่งจำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดีของเด็ก จึงพยายามให้เด็กได้รับนมมากๆ การเลิกนมขวดในเด็กกลุ่มนี้จึงเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เนื่องจากในช่วงแรกที่ทำให้เด็กติดนมจากแก้วนั้น เด็กจะติดนมได้น้อยลง ทำให้ผู้ปกครองต้องกลับมาให้เด็กดูดนมจากขวดอีกเพราะเกรงว่าเด็กจะไม่แข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanchanakamol และคณะ (1996) ซึ่งได้สำรวจความชุกของโรคฟันผุในเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง กลุ่มอายุระหว่าง 1-4 ปี อำเภอลำพูน พบว่า ชาวเขากลุ่มนี้มีความเชื่อที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กล่าวคือ ชาวกะเหรี่ยงกลุ่มนี้รับประทานอาหารประเภทมังสวิรัต ซึ่งส่งผลให้หญิงมีครรภ์และเด็กส่วนใหญ่เป็นโรคขาดสารอาหาร อาจมีผลทำให้ผิวเคลือบฟันมีความผิดปกติ (enamel hypoplasia) เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่าย

จากการศึกษาในเรื่องการให้คุณค่าต่อฟันในกลุ่มตัวอย่างชาวเมือง Zwolle ของประเทศเนเธอร์แลนด์ โดย Schuur และคณะ (1990) ผลการศึกษาบางส่วนพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มนี้คือ โอกาสในการพบทันตแพทย์ รายได้ ความวิตกกังวลจากปัญหา แต่เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณทำให้มีข้อจำกัดในการเสนอภาพความสัมพันธ์เชิงลึกที่เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ

อิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตก็มีผลต่อความคิดความเชื่อของชาวบ้าน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Weinstein และคณะ (1999) ที่สัมภาษณ์แม่และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนชาวพื้นเมืองในประเทศอเมริกา กลุ่มหนึ่งจำนวน 69 คน พบว่าเกือบร้อยละ 50 เคยมีประสบการณ์ไม่ดีในการมารับการรักษาทางทันตกรรม เคยมีอาการปวดฟันอย่างมากในขณะที่ได้รับการถอนฟันเนื่องจากฤทธิ์ของยาชาไม่ชาเพียงพอ บุคลากรไม่ให้ความสนใจ และต้องเสียเวลารอรับการรักษาเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ปกครองกลุ่มนี้ไม่พาลูกมารับบริการทางทันตกรรมหากไม่มีความจำเป็น

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดความเชื่อในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของครอบครัวและชุมชน ทั้ง เชื้อชาติ ศาสนา รวมถึงบริบททางสังคมวัฒนธรรม เช่น รายได้ ความวิตกกังวลจากปัญหาประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น ซึ่งความคิด ความเชื่อของชาวบ้านจะมีทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ และการมีความคิดความเชื่อที่แตกต่างกัน อาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ต่างกัน ทั้งการส่งเสริม การก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพปากและฟัน หรือไม่ก่อให้เกิดผลใดๆเลย ดังนั้นการทำความเข้าใจต่อระบบความคิดมุมมองชาวบ้านจะช่วยบุคลากรทางการแพทย์ในการสื่อสารกับ ผู้ป่วยหรือชาวบ้านทั่วไปเพื่อให้เกิดความร่วมมือต่อการรักษาและการส่งเสริมให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีได้

2.3.2 พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก

สภาวะอนามัยในช่องปากมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก โดยพบว่าเด็กที่มีคราบจุลินทรีย์สะสมมากแสดงถึงการมีความเสี่ยงในการเกิดฟันผุสูง (Alaluusua และ Malmivirta, 1994, Mattila และคณะ, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซูดิมา ไตรรัตน์วรกุล และรพีพรธรน โสภสมบัติชัย (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงนมและของเหลวอื่นด้วยขวดนม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง พบว่าเด็กกลุ่มที่ทำความสะอาดช่องปากทุกวันมีอัตราผุ ถอน อุดโดยเฉลี่ย 6.58 ด้านต่อคน ซึ่งน้อยกว่าเด็กกลุ่มที่ทำความสะอาดช่องปากเป็นบางวันหรือไม่ทำเลย (11.55 ด้านต่อคน) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gibson และ Williams (1999) รวมถึงการศึกษาของ Paunio และคณะ (1993) ที่พบว่าเด็กที่ทานอาหารว่างระหว่างมื้อบ่อยแต่มีการแปรงฟันสม่ำเสมอด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์จะมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmfs) ต่ำกว่าเด็กที่ทานขนมขบเคี้ยวบ่อยแต่ไม่แปรงฟัน อย่างไรก็ตามจะพบว่างานวิจัย

ส่วนใหญ่มักจะใช้แบบสัมภาษณ์ หรือ แบบสอบถามที่ทางนักวิจัยได้จัดทำขึ้น คำตอบที่ได้อาจมีอคติ รวมถึงความแตกต่างในเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความถี่ในการแปรงฟัน ประสิทธิภาพในการขจัดคราบ จุลินทรีย์ และระดับอนามัยในช่องปาก ทำให้การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากที่ผ่านมาส่วนใหญ่ยังมีผลไม่ชัดเจนแตกต่างกันไป (Reisine และ Douglass, 1998)

เด็กก่อนวัยเรียนมีระบบการทำงานของกล้ามเนื้อที่ยังไม่สัมพันธ์กันดีนัก การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันในเด็กวัยนี้จึงต้องอาศัยให้ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ทำให้ การที่ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุและวิธีการป้องกันจะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรค ด้วยแนวความคิดที่ว่าคนที่บุคคลมีความรู้จะทำให้เกิดพฤติกรรมและมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Febres, Echeverri และ Keen (1997) ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนชาว Hispanic กลุ่มหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้กว่าร้อยละ 50 ไม่มีความรู้ในการดูแลอนามัยในช่องปากและวิธีการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดฟันผุที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของนิตยา สอนสุขชน (2537) และพัชราลักษณ์ เกื้ออนาดีและสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2543) ในหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่ากลุ่มแม่ของเด็กก่อนวัยเรียนที่ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะสอนให้ลูกแปรงฟันเองเมื่อเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากไม่เคยทราบว่าต้องทำความสะอาดในช่องปากของลูกขณะยังเล็ก

อย่างไรก็ตามการดูแลอนามัยในช่องปากให้เด็กโดยผู้ปกครองคงไม่ใช่เรื่องง่าย ไม่ใช่เพียงแค่การมีความรู้ และทักษะในการแปรงฟันเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในหลายๆ การศึกษา (O'Sullivan และ Tinanoff, 1993; Reisine และ Litt, 1993; Tinanoff และคณะ, 1999) ที่พบว่า แม้ว่าผู้ดูแลเด็กจะมีความรู้ในเรื่องการดูแลอนามัยในช่องปาก เช่น การแปรงฟันถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การบริโภคน้ำตาลและการเลี่ยนนมที่ผิดวิธีจะทำให้เกิดฟันผุได้ แต่เด็กกลุ่มนี้ก็ยังมีฟันผุสูง แสดงว่าการมีความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป จะต้องมีปัจจัยหรือเงื่อนไขอื่นๆอีกมากมายที่มีอิทธิพลต่อผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็กอีกมากมาย

Weinstein และคณะ (1996) ศึกษาถึงความแตกต่างของการเลี่ยนนมและอาหาร รวมถึงการทำความสะอาดในช่องปาก พบว่า มารดาที่มีเชื้อชาติและวัฒนธรรมต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของลูกต่างกัน โดยพบว่าลักษณะเชื้อชาติและวัฒนธรรมจะมีอิทธิพลต่อการเลี่ยนดูเด็ก ซึ่งในการศึกษาในวัฒนธรรมหรือเชื้อชาติหนึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมอื่นๆได้ ดังนั้น Weinstein และคณะ จึงได้ให้ข้อเสนอที่น่าสนใจว่าควรให้ความสำคัญในปัจจุบันทางสังคมและมีความเข้าใจในวิถีชีวิตของชุมชนนั้นๆ เพื่อที่จะแนะนำในสิ่งที่สอดคล้องกับ วิถีชีวิต วัฒนธรรมของชุมชนนั้น

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของพัชรลักษณ์ เกื้ออนาดี และ สุปรีดา อุดุลยานนท์ (2541) ในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชนบทใกล้เคียงเมืองใหญ่ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานในครอบครัวที่ยากจนนั้น นอกจากชาวบ้านทั้งชายและหญิงจะทำงานในภาคเกษตรแล้วยังต้องไปรับจ้างแรงงานในเมืองทำให้มีเวลาให้ลูกน้อยลง ชาวบ้านส่วนหนึ่งต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่น ปล่อยให้บุตรอยู่ในความดูแลของย่า ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ ทำให้การแปรงฟันให้เด็กหรือการควบคุมขนมหวานทำได้น้อย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม กล่าวคือ การดูแลอนามัยในช่องปากของชาวบ้านในอดีตไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการขจัดคราบจุลินทรีย์ เป็นเพียงแค่การกำจัดเศษอาหารซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจากแหล่งธรรมชาติแบบดั้งเดิมที่มีลักษณะเป็นเส้นใย มีการหาอุปกรณ์ง่ายๆ เช่น ใช้เศษไม้เขี่ยเศษอาหารออก ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตและแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคแบบดั้งเดิม เมื่อรูปแบบอาหารเปลี่ยนเป็นอาหารสมัยใหม่ที่อ่อนนุ่มและเหนียวติดฟัน เช่น แป้งและน้ำตาล อาหารสมัยใหม่เหล่านี้แพร่ไปอย่างรวดเร็วพร้อมกับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม และสื่อโฆษณาต่างๆ การดูแลอนามัยแบบดั้งเดิมไม่เพียงพอที่จะกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่ติดค้างอยู่บนตัวฟัน ดังนั้นจึงมีการเกิดฟันผุมากขึ้น (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2543)

จากการศึกษาของ Gibson และ Williams (1999) แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางสังคม (social class) กับสภาวะสุขภาพ โดยพบว่า สถานภาพทางสังคมมีอิทธิพลต่อการแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล และการไปพบทันตแพทย์ แต่เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ จึงบอกได้เพียงว่ามีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่สามารถอธิบายถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก เช่น ปัจจัยด้านความรู้ เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สถานะภาพทางสังคม อิทธิพลจากสื่อโฆษณา เป็นต้น ดังนั้นการพิจารณาความเชื่อมโยงของปัจจัยดังกล่าวที่มีอิทธิพลต่อการดูแลอนามัยในช่องปากจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ปกครอง ครอบครัว และชุมชนภายใต้บริบทที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน

2.3.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า อาหารที่มีส่วนทำให้เกิดฟันผุ คือ คาร์โบไฮเดรตประเภทแป้งและน้ำตาล พฤติกรรมมารับประทานน้ำตาลและอาหารในแต่ละคนจะมีความสำคัญในการเกิดฟันผุ โดยพบว่า การเกิดฟันผุจะสัมพันธ์กับความถี่ของการรับประทานน้ำตาลมากกว่าปริมาณน้ำตาลที่กิน และมีการศึกษาพบว่า การรับประทานน้ำตาลในช่วงมื้ออาหารจะก่อให้เกิด

ฟันผุได้น้อยกว่าการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ ส่วนนมนั้นแม้ว่าจะไม่ใช่อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ แต่การให้นมไม่ถูกวิธี เช่น การให้ดูดนมคาปากขณะหลับ การเติมน้ำตาลในนมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุได้ (Tinanoff และ O'sullivan, 1997) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษา O'sullivan และ Tinanoff (1993) ที่พบว่า แม้ว่าการให้นมไม่ถูกวิธีจะสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แต่ในเด็กบางคนที่ไม่ได้ใช้ขวดนมก็เกิดฟันผุในฟันหน้าได้ หรือในกรณีเด็กบางคนที่มีพฤติกรรมการดูดนมไม่ถูกวิธีแต่ก็ไม่พบฟันผุ

Reisine และ Douglass (1998) ทำการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในฟันหน้าน้ำนมในเด็กเล็กที่สัมพันธ์กับการดูดนมขวดขณะนอนหลับ ได้เสนอว่าข้อสรุปเกี่ยวกับการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนกับการดูดนมขวดขณะนอนหลับยังไม่ชัดเจนและมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป การไม่มีกลุ่มควบคุม และการศึกษาที่มักจะทำในสถานบริการ ทันตกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพฟัน ซึ่งจำเป็นต้องมา รับการตรวจรักษาในสถานบริการทันตกรรม นอกจากนี้นมแม่หรือนมขวดอาจไม่ใช่เหตุปัจจัยหลักในการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (Douglass, Tinanoff และ Tang, 2001) การใส่น้ำตาล หรือน้ำผึ้งลงไปเพิ่มความหวานในนมหรืออาหารเพื่อให้เด็กรับประทานมากขึ้น การที่ยามีส่วนผสมของน้ำตาลเพื่อให้เด็กกินง่ายขึ้น (King, 1978) หรือการใช้นมข้นหวานเลี้ยงลูกแทนนมแม่ (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2539) รวมถึงความถี่ในการบริโภคขนม (Tsubonchi และคณะ, 1995; Weinstein และคณะ, 1999) ก็อาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กเล็กได้เช่นกัน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคของบุคคลในแต่ละสังคมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาจแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจนั้นรวมไปถึง รายได้ของบุคคลหรือครอบครัว ราคาอาหาร การกระจายของอาหารว่าหาได้ง่ายหรือยาก ส่วนปัจจัยทางด้านสังคม และวัฒนธรรมนั้นจะรวมไปถึง ขนาดของครอบครัว การศึกษา อาชีพ การนับถือศาสนา ความรู้ ความเชื่อและค่านิยมต่างๆของสังคม ข้อห้ามในการรับประทานอาหารของคนในแต่ละภูมิภาค ตลอดจนอิทธิพลของสื่อโฆษณา (วิณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์, 2541; เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์ และคณะ 2542)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีย่อมสามารถซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีเงินหรือรายได้มาก แต่หากไม่รู้จักรับเลือกอาหารก็อาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของดาวเรือง แก้วขันตีและคณะ (2543) ที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มในแม่ที่มีบุตรในช่วงอายุ 0-12 ปี พบว่าเด็ก

ในเขตชนบทส่วนใหญ่มีโอกาสบริโภคอาหารระหว่างมื้อน้อย เนื่องจากจากอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จึงทำให้เกิดฟันผุน้อยกว่า แต่ถ้าในครอบครัวที่มีฐานะดีส่งลูกมาเรียนที่โรงเรียนในเมือง วิถีชีวิตจะเปลี่ยนไป มีการบริโภคอาหารระหว่างมื้อและน้ำอัดลมเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากผลการสำรวจสุขภาพะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544 พบว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กเขตเมืองมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่เขตชนบทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเด็กในเขตเมืองมีฟันผุน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 86.1 ส่วนเด็กในเขตชนบทมีฟันผุสูงถึงร้อยละ 89 สอดคล้องกับการศึกษาของ Beal และ Dickson (1974) ในครอบครัวกลุ่มผู้ใช้แรงงาน สรุปได้ว่าแม้ครอบครัวเด็กกลุ่มนี้จะมีรายได้ต่ำ แต่กลับพบว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อขนมหวานให้ลูกมากกว่าในกลุ่มชนชั้นกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่พ่อแม่ขาดความรู้ในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ ไม่มีเวลาใส่ใจดูแล แต่ยอมเสียเงินครั้งละเล็กน้อยซื้อขนมซึ่งราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับอาหารอื่น

ปัจจัยอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญและพบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอย่างมาก นั่นคือ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ชนบทธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อและค่านิยม ทั้งนี้นอกจากบุคคลจะบริโภคอาหารเพื่อดำรงชีพแล้ว บุคคลยังมีความต้องการถึงความอร่อย ความสะดวก และในบางกรณีอาจมีความต้องการถึง สรรพคุณพิเศษ อาหารบำรุงร่างกาย หรืออาจมีความต้องการถึงอาหารที่เหมาะสมตามฐานะของตนตามสังคม เป็นต้น อาหารในสังคมหนึ่งจึงอาจมีคุณค่า แต่อีกสังคมหนึ่งอาจไม่ถือว่าเป็นอาหารทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน (เบญญา ยอดดำเนิน, 2529)

อิทธิพลของสื่อโฆษณาที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พิษณุ อุตตมะเวทิน (2535) ที่ทำการศึกษากฎพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 76 คน และเด็กวัยเรียนจำนวน 85 คน ใน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านในเขตเทศบาล หมู่บ้านกึ่งเมือง และหมู่บ้านในชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าเด็กทั้ง 3 หมู่บ้านจะเลือกซื้อขนมตามความชอบของเด็ก และพบว่าเด็กกว่าร้อยละ 96 เคยเห็นโฆษณาขนมจากโทรทัศน์ โดยเฉพาะเด็กในหมู่บ้านในเขตเทศบาลที่ทุกคนเคยเห็นโฆษณาขนมจากโทรทัศน์ และพบว่าเมื่อเด็กเห็นโฆษณาแล้วร้อยละ 95 เคยซื้อขนมจากร้านค้าที่ในหมู่บ้านและในตัวจังหวัด ซึ่งขนมส่วนใหญ่เป็น ลูกอม น้ำอัดลมและบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป

พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังได้รับอิทธิพลจากเงื่อนไขอื่นๆอีก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และน้ำผึ้ง พิชัยจุมพล (2537) ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคขนมของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนพบว่า เด็กจะนำขนมมาในศูนย์ฯ โดยผู้ปกครองซื้อขนมให้เด็กเพื่อนำมาเป็นเงื่อนไขในการนำเด็กมาเรียนในศูนย์ฯ การกินขนมจะเป็นไปอย่างอิสระทั้งการเลือกซื้อและเวลา ครูพี่เลี้ยงยอมให้เด็กทานขนมเพื่อให้เด็กเพลินและไม่ร้องไห้ นอกจากนั้นการให้ขนมกับเด็กถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไขของการให้รางวัลหรือ

การทำโทษ เป็นสัญลักษณ์ของการชมเชย เป็นตัวแทนของการมอบความรัก ความสุข ความเอ็นดู ที่ผู้ใหญ่ส่งผ่านไปยังเด็ก หรือใช้ขนมเป็นเครื่องมือยุติปัญหาเมื่อเด็กร้องไห้ เป็นเครื่องมือในการ ต่อรองระหว่างแม่และลูกในการทานข้าวหรือการไปโรงเรียน ขนมยังเป็นสิ่งที่เด็กใช้เป็นเครื่องมือ หนึ่งในการเรียกร้องความสนใจ เรียกร้องความรัก ความเอาใจใส่ เป็นตัวแทนสื่อสัมพันธ์ในการ สร้างมิตรภาพ (กันยารัตน์ วิโรจน์พงศ์, 2543) ขนมและอาหารจึงมีความหมายมากมายขึ้นกับ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

การบริโภคอาหารจึงไม่ได้มีเพียงมิติทางวิทยาศาสตร์ที่ว่าด้วยคุณสมบัติและ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเท่านั้น อาหารยังคงมีมิติทางสังคม วัฒนธรรม และ จิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้การบริโภคอาหารในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน ปัจจัยหรือ เงื่อนไขที่ได้กล่าวมานี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ในเด็กก่อนวัยเรียนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการทำความเข้าใจในปัจจัยหรือเงื่อนไขต่างๆ ที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างยิ่งในการช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมดังกล่าว

2.3.4 พฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรับรู้ว่าจะเกิดโรค

จากที่กล่าวมาแล้วว่าโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันฟันผุอาจทำได้หลายวิธี เช่น การลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของ การเกิดโรคจากผู้เลี้ยงดูสู่ทารกด้วยวิธีการต่างๆ แต่งานทันตกรรมป้องกันและรักษาเหล่านี้ ส่วนใหญ่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือสูงจากผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดผลในการป้องกันฟันผุ แต่การป้องกันดังกล่าวมักไม่ส่งผลให้เห็นในระยะสั้นอันจะจูงใจ ให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการประเมินผลโครงการจ่ายน้ำยาฟลูออไรด์ใน ประเทศไทยที่มีการประเมินที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีการปฏิบัติจริงต่ำ (ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ, 2538) หรือจากการศึกษาของ พัชราลักษณ์ เกื้อนนาคี และ สุปรีดา อุดุลยานนท์ (2543) ในเรื่องของกรกินฟลูออไรด์ของเด็กก่อนวัยเรียนในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัด ขอนแก่นด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าส่วนใหญ่แม่ของเด็กหรือผู้ปกครองจะเป็นผู้ให้ฟลูออไรด์แก่ เด็ก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ต่อเนื่อง มีบ่อยครั้งที่ลืมให้ฟลูออไรด์ในแต่ละวัน ในขณะที่แม่บางคนไม่ เชื่อว่าฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุได้เพราะเคยมีประสบการณ์หยุดฟลูออไรด์ให้ลูกแต่ลูกก็มีฟันผุ

นอกจากนี้ Weinstein และคณะ (1999) ได้สัมภาษณ์แม่และผู้ดูแลเด็ก ก่อนวัยเรียนชาวพื้นเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกาจากกลุ่มหนึ่ง จำนวน 69 คน พบว่าเกือบร้อยละ 75 ไม่ได้พาลูกไปพบทันตแพทย์ก่อนอายุ 3 ขวบ แม้ว่าส่วนใหญ่จะทราบว่าเด็กควรได้รับการตรวจฟัน เมื่อฟันขึ้นครั้งแรกหรือหลังฟันขึ้นครั้งแรกขึ้นไม่เกิน 6 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญของ การป้องกันโรค บางคนเข้าใจว่าเด็กยังเล็กเกินไป หรือบางคนคิดว่าเด็กไม่ได้มีอาการผิดปกติใดๆ

โดยผู้ปกครองจะพาเด็กมาพบทันตแพทย์ก็ต่อเมื่อมีอาการปวด ซึ่งส่วนใหญ่ก็จำเป็นต้องถอนฟันในที่สุด

Weinstein และคณะ (1994) ได้ให้ข้อเสนอที่น่าสนใจว่า วิธีการป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยการเล็กลงนมขวดเมื่ออายุ 12-18 เดือน เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับน้อยมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมในการเลี้ยงดูเด็กแต่ละสังคม โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีเด็กหลายคน ยังมีลูกคนถัดมาเป็นเด็กวัยทารกที่ดูนมจากขวด หรือในเด็กที่มีโรคประจำตัว หรือในเด็กที่มีพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก (temperamentally difficult child) ซึ่งแม้ว่าได้พยายามนำวิธีการป้องกันฟันผุด้วยวิธีการที่ไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครองมากนัก เช่น การใช้ฟลูออไรด์วานิช มาใช้ในการศึกษานี้ โดยได้ศึกษาถึงผลของการทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กอายุเฉลี่ย 17 เดือน หลังจาก 6 เดือน แม้จะพบว่ารอยผุและรอยสูญเสียแร่ธาตุลดลงจากร้อยละ 39 เป็นร้อยละ 31 โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามการใช้ฟลูออไรด์วานิชในการป้องกันฟันผุจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครองในการกลับมาติดตามผลและทาซ้ำทุก 6 เดือน แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างสูญหายถึงร้อยละ 50 ซึ่งเหตุผลบางส่วนที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กลับมาตรวจติดตามนั้น Weinstein ได้อธิบายว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มครอบครัวที่มีฐานะค่อนข้างยากจน จึงเป็นการยากในการกลับมาตรวจและติดตามผลซ้ำในครอบครัวที่มีการย้ายถิ่น ครอบครัวของผู้ใช้แรงงานเลี้ยงชีพ หรือครอบครัวที่มีลูกจำนวนมาก ซึ่งหากต้องพาลูกคนหนึ่งมาพบทันตแพทย์ก็ต้องมีคนดูแลคนอื่นคอยดูแลลูกด้วย

นอกจากนี้การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค และใส่ใจต่อสุขภาพปากและฟันจะขึ้นอยู่กับมุมมองและให้คุณค่าต่ออวัยวะปากและฟันของตนเอง การรับรู้ต่อปัญหาความเชื่อต่อสาเหตุและการรักษา ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อปากและฟันหรือเคยรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในช่องปากมีแนวโน้มที่จะไปพบทันตแพทย์เพื่อป้องกันและรักษาโรคมากกว่า (พิสุทธิ์ สังขเวศ และคณะ, 2533) แต่การแสวงหาการบริการทันตกรรมนอกจากจะขึ้นอยู่กับทำให้ความสำคัญและการรับรู้ของบุคคลแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น เวลา ค่าใช้จ่ายทัศนคติต่อการบริการ เป็นต้น (Smith และ Sheiham 1980; Schuurs และคณะ, 1990)

ความสามารถในการเข้าถึงบริการทั้งคำรักษาพยาบาลและระยะทางโดยเฉพาะในประชาชนที่ห่างไกลและยากจนก็อาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Ismail และ Sohn (2001) ที่ทำการศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่าแม้ว่ารัฐบาลจะได้พยายามแก้ไขปัญหามาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในเด็กโดยมีโครงการประกันสุขภาพให้เด็กทุกคนสามารถได้รับการดูแลสุขภาพฟันฟรีทุกคน แต่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำยังคงมีภาวะฟันผุสูงกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสถานะ

ทางเศรษฐกิจสูงกว่า ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ Ismail และ Sohn ได้เสนอว่า มีปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการทางทันตกรรม ดังนั้นการดำเนินการโครงการต่างๆควรจะต้องศึกษาชุมชนในแต่ละแห่ง และให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านอื่นๆด้วย

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคฟันผุเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของเพ็ญแข ลากยั้ง (2542) พบว่าในครอบครัวที่ยากจน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน หรือมีอาชีพรับจ้างไม่แน่นอน ได้รับค่าตอบแทนต่ำ เมื่อต้องการเพิ่มรายได้จึงต้องทำงานมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพฟันของตนเองและคนในครอบครัว และในสภาพที่เป็นลูกจ้างหรือทำงานรับจ้างรายวันจึงไม่สะดวกที่จะหยุดงาน หรืออาจเพราะความยากจนจึงไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรมโดยเฉพาะงานส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น การตรวจฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ที่เป็นงานนามธรรมไม่ค่อยเห็นผลของการรักษา มักปล่อยให้โรคลุกลามถึงที่สุดจึงมารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือการถอนฟัน

ส่วนปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น การศึกษา ความเชื่อทางศาสนา การมีวัฒนธรรมย่อย อาชีพ และการต่างกลุ่มสังคม ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันได้แม้ภายในท้องถิ่นเดียวกัน (พิมพวัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) นอกจากนี้การขัดแย้งในอำนาจและหน้าที่ในครัวเรือนก็เป็นเงื่อนไขหนึ่งในการตัดสินใจในการรับการรักษา โดยมัลลิกา มติโก (2534) ได้กล่าวว่า ในสังคมไทยดั้งเดิมแม้จะมีความรับผิดชอบเต็มที่ในเรื่องการดูแลเด็ก แต่มีอำนาจน้อยมากในการควบคุมการจัดสรรทรัพยากร เช่น อาหาร ให้ตัวเธอหรือบุตร หรือมีอำนาจน้อยในการให้การเลี้ยงดูเด็กในยามคับขัน เช่น การดูแลยามเจ็บป่วย มีบ่อยครั้งที่การตัดสินใจในเรื่องเหล่านี้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาของสามี หรือตัวสามีเอง และบางครั้งก็ตัดสินใจเลือกประเพณีปฏิบัติตามวัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งอาจเป็นอันตรายหรือไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป คือ พฤติกรรมการรักษาและป้องกันโรคในช่องปากจะขึ้นกับปัจจัยหรือเงื่อนไขต่างๆมากมาย เช่น การมองและให้คุณค่าต่ออวัยวะปากและฟันของตนเอง การรับรู้ต่อปัญหา ความเชื่อต่อสาเหตุและการรักษา นอกจากนี้ปัจจัยทางวัฒนธรรมของบุคคลแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยภายนอกอื่นๆด้วย เช่น เวลา ค่าใช้จ่าย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ทัศนคติต่อการบริการ การศึกษา อาชีพ ความเชื่อทางศาสนา การมีวัฒนธรรมย่อย วิถีชีวิต การต่างกลุ่มสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องของแนวคิดและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่ามีปัจจัยจำนวนมากที่เป็นเงื่อนไขกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการทบทวนและวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยของเบญจายอดดำเนิน-แอ็ดติภักและคณะ (2542) ที่ได้เสนอว่า ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพใน

สังคมไทยจะมี 3 ระดับ คือตัวกำหนดระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคม ซึ่งในแต่ละระดับจะสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นหลักได้แก่

1. ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ขนาดครอบครัว ลักษณะครอบครัว เดี่ยว/ขยาย โครงสร้างของประชากรในสังคม เป็นต้น
2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา เช่น เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะคติ อิทธิพลของเทคโนโลยีสมัยใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ความเป็นเมือง ความเป็นอุตสาหกรรม และความเป็นโลกาภิวัตน์ เป็นต้น
3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม เช่น วิถีชีวิต ค่านิยม ความเชื่อ บรรทัดฐานทางสังคม เป็นต้น

3.แนวคิดในการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพันธุ

สุขภาพ คือ ภาวะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (WHO, 1997) สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับสังคม จัดอยู่ในขอบข่ายของวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลแต่ละคนมีประสบการณ์ ค่านิยมและแนวความคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยต่างกัน

สาวิตรี สุวรรณสถิตย์ (2540) ได้นิยามความหมายของสังคมวัฒนธรรมว่า หมายถึง องค์ประกอบทั้งหมดของสังคมหรือกลุ่มคน ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบของจิตวิญญาณ วัตถุ ความคิด อารมณ์ ทั้งนี้รวมถึงวิถีชีวิตแบบต่างๆ เช่น ระบบความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนระบบภาษาและวรรณกรรมซึ่งเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้และวัฒนธรรม

บริบท (context) หมายถึง เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมโดยรวมและโดยรอบปรากฏการณ์ ที่ให้ความหมายและมีผลต่อการดำรงอยู่ของปรากฏการณ์นั้นๆ (ชยันต์ วรรณะภุติ, 2544) กล่าวคือ เป็นตัวกำหนดในสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลซึ่งมีผลทำให้บุคคลหรือชุมชนแสดงพฤติกรรม

การศึกษาในเชิงบริบท (Contextual approach) จึงเป็นการศึกษาที่คำนึงถึงความผันแปร และความแตกต่างในทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขและบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจว่าเราสามารถปรับตัวต่อปัญหาเดียวกันได้หลากหลายวิธี เพราะอยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2544)

สำหรับแนวคิดการวิจัยเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรมนั้น เป็นการมองวัฒนธรรมว่ามีความหลากหลายและแตกต่างกัน โดยอานันท์ กาญจนพันธ์ ได้สรุปกรอบแนวคิดในการมองไว้ว่าการมองวัฒนธรรมเป็นการมองแบบองค์รวม เป็นการมองสิ่งต่างๆว่ามีความสัมพันธ์และเชื่อมโยง คือ ต้องมองดูปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและมองให้เห็นภาพรวม รวมถึงการมองที่วิถีคิดของคนจากมุมมองของชาวบ้านเอง กล่าวคือ ต้องดูว่าชาวบ้านมีระบบวิถีคิดอย่างไร มีการให้ความหมายหรืออธิบายสิ่งต่างๆเหล่านั้นว่าอย่างไร เช่น ในการรักษาสุขภาพของตนเองนั้น ชาวบ้านมีวิถีคิดอย่างไร มีการให้ความหมายและอธิบายสิ่งเหล่านี้ว่าอย่างไร หรือพฤติกรรมสะท้อนหรือสื่อความหมายอะไร เชื่อมโยงวิถีคิดในระบบนิเวศน์กับความสัมพันธ์ของคนในสังคมอย่างไร และต้องมองในเชิงเคลื่อนไหว เพราะวัฒนธรรมจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ โดยวัฒนธรรมนั้นมีการพัฒนาปรับตัวเองและเปลี่ยนแปลงไปตามพลังทางสังคม

ในอดีตที่ผ่านมาการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของตนเอง ครอบครัว และชุมชนเป็นเรื่องของประชาชนโดยตรง โดยจะจัดการตามแบบแผนวัฒนธรรมและความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝังและถ่ายทอดสืบต่อกันมา โดยเริ่มตั้งแต่การให้ความหมายหรือการอธิบายอาการของโรคที่เกิดขึ้น การวินิจฉัยอาการและความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนและการรักษาอาการที่เกิดขึ้นในรูปแบบที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม และแต่ละยุคสมัยของสังคมด้วย

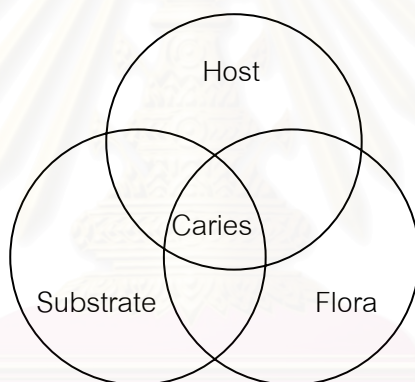
ต่อมาแนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยได้แปรเปลี่ยนไป แนวคิดทางด้านสุขภาพที่ประเทศไทยและทุกประเทศทั่วโลกยึดถือจนเรียกได้ว่าเป็นกระแสหลัก คือ แนวคิดที่อิงกับหลักวิทยาศาสตร์ มีการพยายามที่จะให้คำอธิบายที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น แนวความคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยได้เน้นให้ความสำคัญกับเชื้อโรคเป็นประการสำคัญ (biomedical model) เป็นการให้ความสนใจเฉพาะอวัยวะที่เกิดโรค ไม่ได้ให้ความสำคัญกับมิติอื่นๆที่เป็นสาเหตุของโรค การนำแนวคิดนี้มาเป็นกรอบพื้นฐานในการมองและจัดการกับสุขภาพของมนุษย์ ในด้านหนึ่งแม้จะช่วยให้เราเข้าใจกลไกการทำงานของอวัยวะในร่างกายมากขึ้น ทำให้วงการแพทย์กระแสหลัก ประสบผลสำเร็จในการจัดการกับความเจ็บป่วยหลายชนิด ส่งผลให้เกิดการยอมรับอย่างกว้างขวาง ภายใต้แนวคิดนี้ร่างกายและจิตใจจะถูกแยกออกจากกัน ให้ความสนใจในส่วนของร่างกายเป็นหลัก แต่กลับละเลยต่ออารมณ์และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของการเจ็บป่วย ซึ่งวัดไม่ได้ชัดเจนด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

ส่วนหนึ่งของการละเลยปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมรวมทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถชี้วัดออกมาอย่างชัดเจนในเชิงปริมาณได้ ทำให้ความเจ็บป่วยหลายอย่างไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงมากจากการใช้เทคโนโลยี และใช้บุคลากรจำนวนมากในการตรวจและรักษา ซึ่ง Dobos (1959 อ้างถึงในมัลลิกา มัติโก, 2534) ได้เสนอว่าทฤษฎีเชื้อโรคเป็นอุดมคติ

มากเกินไป ไม่สามารถตอบคำถามหรืออธิบายการเกิดอาการต่างๆอย่างสมบูรณ์ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริงได้ กล่าวคือทฤษฎีเชื้อโรคเน้นปัจจัยทางชีวภาพมากกว่าเหตุปัจจัยทางสังคม โดยเน้นที่การรักษาโรคมากกว่าการคำนึงถึงความเป็นคนและการรักษาด้านจิตใจ

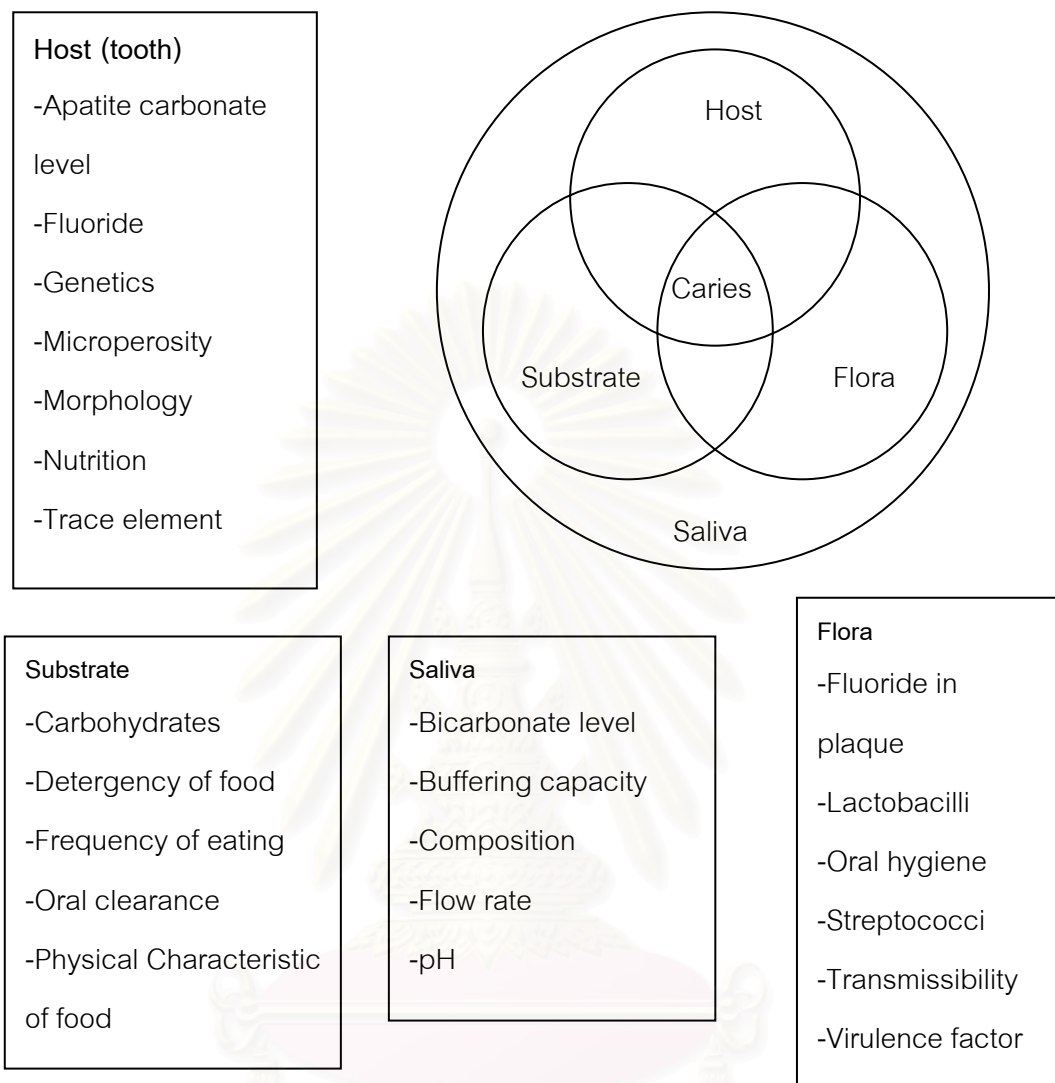
วิชาชีพทันตแพทย์ก็เช่นกัน ได้ก่อกำเนิดและดำเนินรอยตามวิธีคิด พัฒนาการความรู้ตามกรอบความคิดบนพื้นฐานของหลักการทางวิทยาศาสตร์ ได้มีการค้นคว้าเพื่อหาสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ โดยมุ่งเน้นไปที่เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ดังจะเห็นได้จากแบบจำลองการเกิดฟันผุที่ใช้อธิบายสาเหตุของโรคฟันผุของ Keye (Keye's ring) ว่าฟันผุเกิดจากลักษณะของตัวฟันและสภาพแวดล้อมในช่องปาก เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดกรด และอาหารโดยเฉพาะแป้งและน้ำตาล (Clarkson, 1999)

ภาพที่ 1 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุของ Keye (Keye's ring)



เมื่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีก้าวหน้ามากขึ้น มีการขยายแบบจำลองของ Keye ให้ลงลึกไปมากขึ้นดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 modified Keye's rings



จากองค์ความรู้เรื่องปัจจัยทางชีวภาพที่ทำให้เกิดฟันผุ ได้มีการวิเคราะห์ลึกถึงระดับพันธุกรรมของเชื้อโรค ระดับโครงสร้างทางชีวโมเลกุลของฟัน มีการค้นคว้าวิธีการป้องกันและรักษาโรคฟันผุในระดับเซลล์ และระดับโมเลกุล โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น gene therapy, genetic marker, molecular biology และ tissue regeneration เป็นต้น ภายใต้แนวคิดที่ว่าหากสามารถค้นพบปัจจัยอันจำเพาะต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นเท่าใด จะสามารถควบคุมโรคฟันผุได้สำเร็จมากขึ้นเท่านั้น จึงได้มีการพยายามทุ่มเทงบประมาณจำนวนมหาศาลเพื่อค้นคว้าเทคโนโลยีที่ทันสมัยเหล่านี้

ในขณะที่เราสามารถระบุนรายละเอียดในสาเหตุการเกิดฟันผุทางชีวภาพมากขึ้น แต่ปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศกลับเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่โรคฟันผุเกิดจากหลายปัจจัย ยังคงมีปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมจิตวิทยา (psychosocial factor)

ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factor) และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic factor) มาร่วมทำให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ (Reisine และ Douglass 1998) ซึ่งแม้ว่าโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการป้องกันฟันผุอาจทำได้หลายวิธี เช่น การลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจากผู้เลี้ยงดูสู่ทารกด้วยการส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์มีสุขภาพช่องปากที่ดี การให้ความรู้แบบรายบุคคลแก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก การให้ความรู้แก่อาสาสมัคร บุคลากรทางการแพทย์ และผู้นำชุมชนในการป้องกันผลเสียจากพฤติกรรมเลี้ยงนมนที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ควรให้นมระหว่างเวลานอนเมื่อฟันน้ำนมซี่แรกเริ่มขึ้น การฝึกให้เด็กดื่มนมจากแก้วเมื่ออายุ 6-10 เดือน และการเลิกดื่มนมจากขวดเมื่ออายุ 12-18 เดือน เสริมสร้างความแข็งแรงของฟันโดยการใส่ฟลูออไรด์เสริม รวมถึงการใส่ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่างานทันตกรรมป้องกันที่กล่าวมาส่วนใหญ่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ อย่างสูงจากผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก แต่การป้องกันดังกล่าวไม่สามารถบังเกิดผลให้เห็นในระยะสั้นเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการประเมินผลโครงการจ่ายยาน้ำฟลูออไรด์ในประเทศไทยที่มีการประเมินว่า มีการปฏิบัติจริงต่ำ (ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ, 2538) นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากนั้นเป็นไปได้ยาก และมักไม่ได้ผลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง (Weinstein และคณะ, 1994) ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งที่ผู้ปกครองปฏิบัติหรือกระทำในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนั้นยังคงมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เข้ามาเกี่ยวข้องอีกมากมาย

การนำความรู้และวิธีการในมุมมองของทันตแพทย์ไปถ่ายทอดให้กลุ่มคนทำตาม โดยไม่ได้คำนึงถึงว่ากลุ่มคนเหล่านั้นมีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน จะทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จได้ ดังที่ Polka (1963 อ้างถึงในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544) นักระบาดวิทยาสังคมได้ศึกษาและสรุปว่าการที่แผนการและการดำเนินการในการป้องกันและรักษาไม่ประสบผลสำเร็จก็เนื่องมาจากความผิดพลาด 4 ประการ (The 4 fallacies) คือ

1. การมองชุมชนเป็นภาชนะว่าง (The fallacies of empty vessel) กล่าวคือ มักจะเริ่มจากสมมติฐานที่ว่าชุมชนไม่มีความรู้ ความคิด เทคนิคหรือกลไกทางสังคมใดๆที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพของตน จึงทำหน้าที่สร้างกลไกและบุคลากรขึ้นมาใหม่ โดยไม่ได้ค้นหว่าในชุมชนนั้นมีกลไกทางสังคมนี้อยู่หรือไม่ และจะหาวิธีใดในการส่งเสริมกลไกนั้นๆให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพชุมชนนั้นมากยิ่งขึ้น ทักษะนี้จะทำให้มองไม่เห็นศักยภาพที่ชุมชนมีอยู่

2.การมองว่ามีองค์กรเดียว (The fallacies of single pyramid) คือ การมองว่าองค์กรที่ทางการตั้งขึ้นเป็นองค์กรเดียวที่มีบทบาทต่อกลไกทางสังคมของชุมชนนั้น แต่ไม่ได้ค้นหาองค์กรตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลายในชุมชนนั้นเลย การมองลักษณะนี้ทำให้มองไม่เห็นความหลากหลายของกลไกทางสังคมที่จะใช้แก้ปัญหาสุขภาพ

3.การมองปัญหาในชุมชนแบบแยกส่วน (The fallacies of separate capsule) โดยมองว่า ปัญหาสาธารณสุขแต่ละอย่างดำรงอยู่อย่างไม่เกี่ยวข้องกัน โดยขาดความเชื่อมโยงกันระหว่างปัญหาเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองอื่นๆ การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีตัดตอนมาแก้เฉพาะในส่วนของตัวเอง

4.การมองว่าทุกชุมชนเหมือนกัน (The fallacies of interchangeable face) กล่าวคือหากแผนการหรือโครงการหนึ่งดำเนินการได้ผลดีในที่หนึ่ง ก็จะสามารถนำแบบจำลองเดียวกันไปใช้ได้กับชุมชนอื่นๆทุกแห่ง โดยในความเป็นจริงแล้วทุกชุมชนมีความแตกต่างกัน มีวิถีชีวิต วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือความคิดความเชื่อที่แตกต่างกัน การวางแผนงานหรือโครงการสาธารณสุขจากส่วนกลางแบบเดียวกัน แล้วดำเนินการเหมือนกันทุกพื้นที่จะทำให้เกิดปัญหาและความล้มเหลวของโครงการตามมา

ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งมีผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องศึกษาในมุมมองของชาวบ้านหรือผู้ปกครอง (emic view) เพื่อเข้าใจถึงโครงสร้างทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มนี้ เข้าใจถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ การให้ความหมายในการกระทำซึ่งมีความหมายทางสังคม และเข้าใจถึงกระบวนการคิด การใช้เหตุผลในทัศนะของผู้กระทำ ก่อนที่จะดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน โดยความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งถูกสร้างขึ้นมาเพื่ออธิบายและหาคำตอบต่อปรากฏการณ์ต่างๆในสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งเป็นผลจากการรวมกลุ่มกันของมนุษย์ในสังคม ดังนั้นความเชื่อหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปากและฟัน ทั้งในสภาวะปกติและในสภาวะที่เกิดความเจ็บป่วยตามความเข้าใจของครอบครัวและชุมชน จึงได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมวัฒนธรรม ประสพการณ์การรักษา หรือ การถ่ายทอดความรู้สืบทอดกันมา

การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมในสังคมไทยปัจจุบัน เช่น การเปลี่ยนแปลงการผลิตจากภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี การ

ย้ายถิ่น อิทธิพลของข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนวัฒนธรรมตะวันตกในยุคโลกไร้พรมแดน เป็นต้น ทำให้วิถีชีวิตของครอบครัวและชุมชนเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ก่อให้เกิดฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนภายใต้บริบทดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และการเชื่อมโยงผสมผสานแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า มีปัจจัยระดับชุมชนหรือโครงสร้างทางสังคมไทยในระดับมหภาคที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก 3 ปัจจัยหลักดังนี้

3.1 ปัจจัยทางประชากร

นับตั้งแต่การสำรวจสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2503 และมีการสำรวจอีกทุกๆ 10 ปี ผลการสำรวจได้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจำนวนประชากรไทย กล่าวคือ ในปัจจุบัน พ.ศ.2543 ซึ่งแม้ว่าจำนวนประชากรไทยจะเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเพิ่มของประชากรมีสัดส่วนลดลงเป็นร้อยละ 1.1 ต่อปี และพบว่าจำนวนประชากรเด็กที่มีอายุ 0-4 ปีได้ลดลงจาก 5.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 5.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 หรือจากร้อยละ 10.6 เป็นร้อยละ 9.8 (กองสถิติสังคม, 2543)

ส่วนการศึกษาในชาวไทยภูเขา พบว่า จากอดีตอัตราการเพิ่มประชากรตามธรรมชาติของชาวไทยภูเขาจะสูง ประชากรส่วนใหญ่แต่งงานและมีบุตรเร็ว ชาวไทยภูเขาเกือบครึ่งมีบุตรมากกว่า 2 คน การคุมกำเนิดมีน้อย ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการแรงงานในครอบครัวมีมากและส่วนมากต้องการจะได้ลูกให้ครบเพศทั้งชายและหญิง ในปี พ.ศ.2539 อัตราการเพิ่มประชากรของชาวไทยภูเขาประมาณร้อยละ 2 โดยในปัจจุบันภาครัฐได้มีความพยายามในการสนับสนุนให้ชาวไทยภูเขาคุมกำเนิดให้มากขึ้น มีการทุ่มเทงบประมาณมากมายลงไปในพื้นที่ชาวเขา เช่น งบประมาณอนามัยบนที่สูง งบประมาณปกติ งบต่างประเทศ รวมทั้งการพัฒนาการวางแผนครอบครัวเชิงรุก ทำให้ในช่วงปี พ.ศ. 2536-2540 ชาวเขาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.3 เป็นร้อยละ 60.8 จากการเพิ่มอัตราวางแผนครอบครัวดังกล่าว มีผลทำให้แนวโน้มของประชากรของชาวเขามีอัตราการเพิ่มที่ลดลง (กุศล สุนทรธาดา, 2541)

การมีจำนวนบุตรในครอบครัวโดยเฉลี่ยลดลง ประกอบกับมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวไทยจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผลที่ตามมาคือขนาดของครอบครัวจะเล็กลง ซึ่งมีผลทำให้อัตราส่วนภาวะการเลี้ยงดูเด็กมีแนวโน้มลดลงตามมาด้วย ฉะนั้นการลงทุนเพื่อเด็กในครอบครัวจะสูงขึ้นด้วย ไม่ว่าจะเป็นด้านสาธารณสุข การศึกษา หรือแม้แต่การบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือยต่างๆ (สยช, 2537 อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดาและอุไรวรรณ คณิงสุวรรณ, 2541)

ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์ (2533) เสนอว่า มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลทำให้หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูลูกโดยเฉพาะครัวเรือนที่มีรายได้ระดับปานกลางขึ้นไปจะกลายเป็นหน้าที่ของสถานเลี้ยงดูเด็ก โรงเรียน และสื่อมวลชน ส่วนครอบครัวที่ยากจน พ่อแม่จะไม่มีเวลาดูแล และบางครั้งก็ต้องให้ลูกช่วยทำงานเพื่อยังชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพของ ศิริลักษณ์ ไหลสกุล (2537) ที่เก็บข้อมูลในหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม พบว่าครอบครัวเดี่ยวที่อยู่กันพร้อมหน้าพ่อแม่ลูก เด็กจะมีแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก แม่ที่ทำการเกษตรมักพาลูกไปไร่นาดด้วย ส่วนแม่ที่ทำงานอื่น ๆ นอกบ้านบางคนต้องฝากลูกไว้กับคนอื่นหรือฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่หากเป็นครอบครัวขยายเด็กมักได้รับการเลี้ยงดูจากแม่และายเป็นหลัก

กล่าวโดยสรุปคือ รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กในปัจจุบันได้แตกต่างไปจากอดีตเพราะโครงสร้างทางประชากรของครอบครัวเปลี่ยนไป ขนาดของครอบครัวเล็กลง มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รูปแบบการเลี้ยงดูจึงมีความหลากหลาย แตกต่างกันไปตามลักษณะครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษาของครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย ตลอดจนการปรับตัวของวิถีชีวิตของครอบครัว

3.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม

3.2.1 ระบบเศรษฐกิจ

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้ตื่นตัวในการพัฒนาประเทศโดยอาศัย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นตัวนำทิศทางในการพัฒนาประเทศ ทำให้ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้ส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจและสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากสังคมเกษตรกรรมที่ผลิตเพื่อบริโภคและจำหน่ายเพื่อให้มีรายได้เลี้ยงตนเอง ไปเป็นระบบเกษตรกรรมเพื่อการส่งออกเพื่อนำรายได้เข้าประเทศ พร้อมทั้งนำระบบอุตสาหกรรมแบบตะวันตกเข้ามาใช้ ทำให้ประเทศไทยค่อยๆ เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ผลจากการขยายตัวในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการที่ทำให้เกิดความต้องการแรงงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความจำเป็นทางเศรษฐกิจและความต้องการแรงงานหญิงโดยเฉพาะในอุตสาหกรรมที่ต้องการความละเอียดได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้การอพยพย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การย้ายถิ่นจะมีผลกระทบต่อเด็กคือ เด็กอาจจะถูกทอดทิ้งให้อยู่กับญาติในชนบท โดยไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่หรือแม้ว่าการณีที่พ่อแม่จะนำลูกติดตามไปอยู่ในเมืองด้วยแต่พ่อแม่ก็จำเป็นต้องออกไปทำงานจึงทำให้เด็กขาดคนดูแล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ พิษณุ อุตตะมะเวทิน (2535) ที่แสดงข้อมูลของหมู่บ้านชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือว่า มีผู้ปกครองที่ไม่อยู่บ้านและปล่อยให้ผู้อื่นดูแลถึงร้อยละ 67.7 โดยผู้ดูแลเกือบทั้งหมดจะเป็นย่าและยาย (ร้อยละ 93.2)

ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพของปากนั้น เพ็ญแข ลากยั้ง (2542) พบว่าในครอบครัวที่ยากจน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้ แรงงาน หรือมีอาชีพรับจ้างไม่แน่นอน ได้รับค่าตอบแทนต่ำ เมื่อต้องการเพิ่มรายได้จึงต้องทำงานมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว และในสภาพที่เป็นลูกจ้างหรือทำงานรับจ้างรายวันจึงไม่สะดวกที่จะหยุดงานหรืออาจเพราะความยากจน จึงไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรมโดยเฉพาะงานส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น การตรวจฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ซึ่งเป็นงานนามธรรมไม่ค่อยเห็นผลของการรักษา มักปล่อยให้โรคลุกลามถึงที่สุดจึงมารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือการถอนฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรลักษณ์ เตือนนาดี และ สุปริดา อุดุลยานนท์ (2541) ในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชนบทใกล้เคียงเมืองใหญ่ ที่พบว่านอกจากชาวบ้านทั้งชายและหญิงจะทำงานในภาคเกษตรแล้วยังต้องไปรับจ้างแรงงานในเมืองทำให้มีเวลาให้ลูกน้อยลง ชาวบ้านส่วนหนึ่งต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่น ปล่อยให้บุตรอยู่ในความดูแลของย่า ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ การแบ่งปันให้เด็กหรือการควบคุมขนมหวานจึงทำได้น้อย

3.2.2 การเข้ามามีส่วนร่วมในแรงงานเชิงเศรษฐกิจของผู้หญิง

ในอดีตที่ผ่านมาของสังคมไทยผู้หญิงมีบทบาทเป็นแรงงานสำคัญในภาคเกษตรกรรม แต่จากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศและการที่ผู้หญิงได้รับการศึกษามากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้มีงานสำหรับผู้หญิงในตลาดแรงงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในแรงงานที่ต้องการความสามารถเฉพาะหรือแรงงานในวิชาชีพต่างๆ การเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของผู้หญิงได้ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสถาบันครอบครัว จากเดิมที่หน้าที่ของผู้หญิงมักถูกกำหนดให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลด้านความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลบุตรหลาน บทบาทเหล่านี้เมื่ออยู่ในสังคมเกษตรกรรม ผู้หญิงสามารถรับผิดชอบได้โดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาใดๆ เพราะในสังคมเกษตรกรรมนั้นผู้หญิงสามารถทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัวเลี้ยงดูบุตรเองได้ไปพร้อมๆ กับการช่วยเหลือครอบครัวทางด้านแรงงาน แต่เมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนไปทำให้บทบาทของผู้หญิงในแรงงานเริ่มเปลี่ยนเป็นการรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม งานบริการหรือในตลาดแรงงานอื่นๆ ที่ไม่สามารถนำบุตรไปเลี้ยงดูได้เองในขณะทำงาน หน้าที่การเลี้ยงดูบุตรจึงเริ่มเป็นปัญหาของครอบครัว (แคร์ริคเตอร์ และ นภาพรณ์ หะวานนท์, 2538)

วารุณี ภูริสินสิทธิ์ (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก โดยเปรียบเทียบระหว่างแม่ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กับแม่ที่ทำงานภาคการเกษตรเพียงอย่างเดียว พบว่าแม่ที่ทำงานโรงงานอุตสาหกรรมมีเวลาอยู่กับลูกน้อยกว่า ลูกมักต้องอยู่กับญาติเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อเด็กอายุขวบครึ่งขึ้นไปก็จะถูกส่งไปยังสถานรับเลี้ยงเด็ก จนกระทั่งในเวลาเย็นเมื่อแม่เลิกงานแล้วจึงจะรับกลับมาบ้าน หลังจากนั้นแม่ต้องมาทำงานบ้านทำให้ไม่มีเวลา

อยู่กับลูก นอกจากนี้มีแม่จำนวนไม่น้อยต้องทำงานนอกเวลา กว่าจะกลับมาจากโรงงานลูกก็เข้านอนแล้ว และเวลาที่ลูกอยู่บ้านส่วนใหญ่ก็จะนั่งอยู่หน้าจอโทรทัศน์

3.2.3 การเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์และยุคของเทคโนโลยีการสื่อสาร

ยุคสมัยนี้เป็นยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งเป็นยุคการสื่อสารที่ไร้พรมแดน อันมีผลทำให้คนในวัฒนธรรมต่างๆ ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ไปสู่กันได้ง่ายดายโดยผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ชาวสารต่างๆ สามารถถ่ายทอดและส่งถึงกันได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้บทบาทของสื่อที่ผ่านมาจากวิทยุ โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ อินเทอร์เน็ต ก็สามารถไปถึงประชากรในพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง ทำให้สื่อทั้งหลายเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันของบุคคล สื่อที่มีอิทธิพลสามารถเข้าถึงประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ สื่อวิทยุ และโทรทัศน์ (กาญจนา แก้วเทพ, 2539) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อทางโทรทัศน์ซึ่งเป็นสื่อที่มีอิทธิพลเข้าถึงกลุ่มเด็กเล็กได้ดีที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสื่อที่มีทั้งรูปภาพและเสียงสามารถดึงดูดความสนใจเด็กวัยนี้

อิทธิพลของการโฆษณาที่ผลิตขึ้นมีบทบาทอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการบริโภค เช่น การบริโภคขนม การบริโภคนมขวดในเด็กก่อนวัยเรียน โดยเด็กจะเลือกบริโภคตามสื่อโฆษณา อิทธิพลจากสื่อโทรทัศน์ทำให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป มีการทานขนมระหว่างมื้ออาหารบ่อยขึ้น เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพของ ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข (2541) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน สรุปได้ว่า การบริโภคขนมของเด็กในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพสม่ำเสมอ สินค้าเหล่านี้มีการแพร่กระจายหลังไหลเข้าถึงในทุกๆ ชุมชน ประกอบกับรูปแบบของอาหารเปลี่ยนไปตามยุคสมัยอย่างรวดเร็ว มีรูปแบบหลากหลาย สีฉ่ำมากมาย ลักษณะอาหารละเอียดอ่อนนุ่มมีส่วนประกอบส่วนใหญ่คือแป้งกับน้ำตาล ราคาไม่แพงเกินไป และบรรจุสำเร็จรูปสามารถเก็บไว้ได้นาน เป็นต้น

นอกจากอิทธิพลจากสื่อจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อเด็กแล้วสื่อยังมีอิทธิพลต่อผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจ เวลาของผู้ดูแลเด็ก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในช่วงระหว่าง 0-5 ปี เสนอว่า สังคมเมืองจะมีโอกาสรับสื่อต่างๆ มากกว่า โดยแม่ในสังคมเมืองจะเปิดรับสื่อที่ให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการมาก (คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2536) และจากการศึกษาของ ทวีศักดิ์ เสวตเศรณี (2529) พบว่าผลจากอิทธิพลของการโฆษณาและการตลาดไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์นมของประชากรในชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ หรืองานของ Sirikulchayanonta (1991 อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดาและอุไรวรรณ คณิงสุวรรณ, 2541) ที่กล่าวถึงผลของสื่อ เช่น โทรทัศน์ และวารสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพเด็กพบว่า มีผลน้อยต่อการเลี้ยงดูของพ่อแม่ในครอบครัวชนบท เนื่องจากพ่อแม่ในชนบทไม่ค่อยมีเวลาดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรืออ่านหนังสือพิมพ์

3.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพจะมีการสั่งสม เชื่อมโยง สืบทอดมา มีความแตกต่างกันทั้งในอดีตและปัจจุบัน และได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย ซึ่งอาจมีน้อยแตกต่างกันไปตามกระแสสังคมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างสังคมเมืองกับสังคมชนบทอีกด้วย เช่น เมื่อก่อนคนในชนบทส่วนใหญ่จะทำอาหารจากแหล่งธรรมชาติ แต่ในปัจจุบันมีการพึ่งพาอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูปเป็นส่วนใหญ่ ทำให้รูปแบบของวัฒนธรรม ประเพณีการกินเปลี่ยนแปลงไป

ความเชื่อ คือ การยอมรับข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งเป็นแนวความคิดที่คนเรามีต่อสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดความเชื่อ และความเข้าใจต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งความเชื่อจะมีบทบาทสำคัญต่อบุคคล และเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของบุคคล เช่น ความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละสังคมนั้นจะผิดแผกแตกต่างกันออกไป ซึ่งล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเป็นอย่างมากไม่ว่าจะเป็น การเลือกซื้ออาหาร การจัดอาหาร หรือรูปแบบการกิน หรือความเชื่อบางอย่างมีกฎเกณฑ์ที่จะต้องเป็นอย่างนั้นอย่างนี้จนกลายเป็นข้อห้าม ซึ่งก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและกลุ่มอายุ โดยความรุนแรงของข้อห้ามในเรื่องอาหารขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อของกลุ่มคนในสังคมนั้น

การดูแลสุขภาพของครอบครัวในชนบทขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตามที่เคยทำกันมา โดยชาวชนบททุกภาคมีความเชื่อบางอย่างที่มีผลต่อสุขภาพของเด็ก ตัวอย่าง เช่น ความเชื่อในเรื่องอาหารห้ามเด็กรับประทานกับข้าวมากเพราะเชื่อว่าจะเป็นตานขโมยการอดของแผลงบางอย่างในขณะเจ็บป่วย หรือในการรักษาโรคเมื่อเด็กเจ็บป่วย แม่และผู้ดูแลเด็กจะวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ แล้วเลือกปฏิบัติที่จะทำให้เด็กหายป่วยโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง และคำแนะนำของพ่อแม่ปู่ย่าตายายรวมทั้งปรึกษาเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์มาก่อน ในกรณีที่ประเมินว่าไม่ได้เจ็บป่วยอะไรก็จะไม่ทำอะไร เพียงแต่เฝ้าดูอาการจนเด็กหายเป็นปกติ ถ้าหากเจ็บป่วยไม่รุนแรงจะนิยมซื้อยาแผนปัจจุบันให้กินหรือใช้วิธีการรักษาแผนโบราณสำหรับการเจ็บป่วยบางอย่าง (สมศรี กิจชนะพานิชย์ และคณะ, 2539)

ส่วนค่านิยมคือ ผลรวมของความเชื่อที่คงทนของบุคคล เป็นการให้ค่าของคนในสังคมต่อสิ่งนั้นๆ สำหรับในเรื่องอาหาร ค่านิยมมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการบริโภค แม้จะมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาจนการเป็นวัฒนธรรมแต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงหรือลดหย่อนในด้านความเคร่งครัดของวัฒนธรรมนั้นได้ เช่น ค่านิยมในการเลี้ยงลูกด้วยนมกระป๋องดีกว่านมแม่ ทั้งนี้ค่านิยม

มีอิทธิพลมาจากกระแสของสังคมและความเจริญด้านเทคโนโลยีต่างๆ ตลอดจนรูปแบบการดำรงชีวิตของคนในสังคม ซึ่งในปัจจุบันพฤติกรรมกรรมการบริโภคบางอย่างได้เปลี่ยนไปตามแรงจูงใจของโฆษณาประชาสัมพันธ์ (เวินา วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์, 2541)

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัวและชุมชนในหมู่บ้านชาวเขาแห่งหนึ่ง ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ด้วยแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลมีความคิด ความเชื่อ การรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกันไปเนื่องมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การทำความเข้าใจในบริบทดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการวางแผนหาแนวทางและรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เข้ากับระบบความคิด ความเชื่อและวิถีชีวิตของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความยั่งยืน

4.แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลแนวความคิดทางโลกตะวันตกตามกระบวนการของ “หลักฐานด้านการแพทย์” (Evidence-based medicine) เป็นอย่างสูง กระบวนการนี้พัฒนามาจากกระแสความคิดทางปรัชญา “ปฏิฐานนิยม” (positivism) ซึ่งเชื่อว่า “ความจริง” ในโลกนี้เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่เป็นสากล มีลักษณะแน่นอนและตายตัว สามารถแยกแยะออกมาสังเกตและวัดค่าได้เป็นส่วนๆ โดยสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การศึกษาวิจัยจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ จึงให้ความสนใจและความสำคัญในการศึกษาเชิงประจักษ์หรือจากพฤติกรรมที่ปรากฏด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้มาซึ่ง “หลักฐานที่ดี” โดยพยายามลดหรือควบคุมอคติในกระบวนการวิจัยด้วยการพัฒนาเครื่องมือการวัดค่าความจริงให้มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และต้องการขยายผลการศึกษาไปสู่ประชากรทั่วไป มาตรฐานสูงสุดของระเบียบวิจัยภายใต้กระแสแนวคิดนี้ได้แก่วิธีการวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง หรือการสังเกตที่รัดกุม ในรูปของ Randomized controlled trial (U.S. Preventive Service Task Force, 1997 อ้างถึงใน ปิยะ ศิริพันธ์, 2544)

ในอีกด้านหนึ่งได้มีนักวิจัยที่สนใจในแนวคิด “ปรากฏการณ์นิยม” (Phenomenology) โดยมีพื้นฐานความคิดที่ว่า “ความจริง” มีหลายระดับ มีลักษณะเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา มีสภาพแตกต่างและหลากหลายไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสภาพแวดล้อมในช่วงเวลาหนึ่ง นักวิจัยในด้านนี้จึงให้ความสนใจในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยให้ความสำคัญกับ “การมองภาพรวม (Holistic approach)” ให้ความสำคัญกับการสะท้อนทัศนะของผู้ที่ถูกรับรู้ เรียนรู้กฎเกณฑ์ และเข้าใจความหมายของพฤติกรรมของคนในสังคมที่ศึกษา โดยอาศัยการเข้าถึงข้อมูล ด้วยการร่วม

สังเกตการณ์และการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งมักจะทำเป็นกรณีศึกษาในชุมชนขนาดเล็กเพื่อที่จะสามารถครอบคลุมสภาพแวดล้อมทั้งหมดของวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ออกในชุมชนนั้นได้

สำหรับกระบวนการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพก็เช่นกัน มีวิธีการศึกษาที่ต่างกันออกไปทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีเป้าหมายการแสวงหาความรู้แตกต่างกัน กล่าวคือวิธีเชิงปริมาณมีเป้าหมายเพื่อการทำนายและการควบคุม ส่วนวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมีเป้าหมายเพื่อความเข้าใจและการก่อรูปใหม่ของความรู้ ซึ่งแม้ว่ากระแสแนวความคิดด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณจะช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านพฤติกรรมอย่างกว้างขวาง มีการสร้างและประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์อย่างมากมาย (Glanz และคณะ, 1997 อ้างถึงใน ปิยะ ศิริพันธ์, 2544) แต่ทั้งหมดเป็นกระบวนการศึกษาวิจัยแบบแยกส่วน เน้นที่ตัวแปร ไม่ใช่องค์รวม การนำผลจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะแนวคิดทางวิทยาศาสตร์และหลักฐานการแพทย์ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวมาเป็นวิธีการประเมินผลเพื่อแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและวิถีชีวิตก็อาจทำได้ในมิติเดียว อาจไม่เหมาะสมและเพียงพอกับ พฤติกรรมสุขภาพที่มีหลายระดับ เช่น บุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งมีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องซับซ้อนไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของปากที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง ณ.ช่วงเวลาในขณะหนึ่ง (crosssectional study) ที่มักจะใช้แบบสัมภาษณ์ หรือ แบบสอบถามที่ทางนักวิจัยได้จัดทำขึ้น เพื่อหาความสัมพันธ์กับปัจจัยแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะโรคฟันผุ ทั้งนี้การศึกษาเชิงปริมาณตอบคำถามได้เฉพาะ “อะไร” คือปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีอิทธิพล “เท่าไร” แต่ยังขาดการศึกษาถึงกระบวนการและเงื่อนไขชีวิตของการเกิดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดฟันผุ รวมทั้งขาดความเชื่อมโยงของเงื่อนไขต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆของครอบครัวและชุมชน การต้องการตอบคำถามว่า “ทำไม” “อย่างไร” และ “อะไรอีก” เพิ่มเติมจึงมีความจำเป็นต้องผสมผสานการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย ดังนั้นการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ปกครองภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนได้ดีขึ้น ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะที่สำคัญ (Guba and Lincoln, 1988 อ้างถึงในนิศา ชูโต, 2540) คือ

1. เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวม โดยการมองจากหลายแง่มุม
2. เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวและเจาะลึก เพื่อให้เข้าใจความเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์สังคมซึ่งมีความเป็นพลวัตได้อย่างลึกซึ้ง

3. ศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เพื่อให้เข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ โดยการวิจัยในสนาม ไม่มีการควบคุมและทดลองในห้องปฏิบัติการ
4. คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้วิจัย ให้ความสำคัญและเคารพผู้ถูกวิจัยในฐานะเพื่อนมนุษย์ พยายามทำความเข้าใจคนเหล่านั้นแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่ฝืนใจถ้าผู้ถูกวิจัยไม่เต็มใจหรือไม่ต้องการให้ความร่วมมือ
5. ใช้การพรรณนาและการวิเคราะห์ด้วยวิธีการตีความสร้างข้อสรุปอุปนัย (induction) ด้วยการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมมาสรุปเป็นข้อสรุปเชิงนามธรรม ซึ่งจะให้รายละเอียดของสภาพทั่วไปของชุมชนหรือกรณีศึกษา เพื่อให้ผู้อ่านงานวิจัยเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ได้ดีขึ้น
6. เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ความหมาย ในการศึกษาปรากฏการณ์สังคม นักวิจัยจะเน้นความสำคัญของตัวแปรในด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดและความหมายที่มนุษย์กำหนดขึ้น

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความสุขภาพช่องปากในครอบครัวและชุมชนของเด็กก่อนวัยเรียน ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีแนวความคิดพื้นฐานว่า ครอบครัวและชุมชนมีความคิด ความเชื่อ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกันไปเนื่องมาจากบริบททางสังคมวัฒนธรรม อันได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม โดยมีสภาวะสุขภาพช่องปากจะเป็นตัวชี้วัดผลของพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ดังนั้นจึงศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัวและชุมชน หมู่บ้านอื้อปากด้วย ภายใต้กรอบความคิด ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมในหมู่บ้านชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าแห่งหนึ่ง

1. ประชากร

ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่หมู่บ้านในเขตโครงการพัฒนาโดยตั้งเนื่องจาก โครงการพัฒนาโดยตั้งเป็นโครงการพัฒนาต้นแบบโครงการหนึ่งในจังหวัดเชียงรายที่ดำเนินการและประสบความสำเร็จอย่างสูง ซึ่งในระยะที่ 3 ของโครงการ (ปีพ.ศ.2546-2560) เป็นระยะของการสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้ราษฎรสามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งด้านรายได้ การศึกษา และสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายที่จะหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากให้ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกหมู่บ้านหลายเกณฑ์ร่วมกัน กล่าวคือ คัดเลือกชุมชนชาวไทยภูเขาที่มีชนบทธรรมนิยม วิถีชีวิตเป็นของตนเอง ในขณะที่เดียวกันชุมชนกำลังได้รับอิทธิพลจากสังคมวัฒนธรรมใหม่ เกิดการปะทะทางวัฒนธรรมขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ทำให้เห็นกระบวนการปรับตัวของชุมชนในการยอมรับวัฒนธรรมใหม่ ทำความเข้าใจและเรียนรู้เพื่อหาทางป้องกันและแนวทางแก้ไขผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในชุมชนอื่นที่เริ่มได้รับอิทธิพลจากสังคมวัฒนธรรมใหม่เช่นกัน นอกจากนี้ชาวบ้านในหมู่บ้านต้องสามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนมีความปลอดภัยสามารถเข้าพื้นที่ได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

ภายหลังจากการสำรวจพื้นที่ 27 หมู่บ้านในโครงการพัฒนาโดยตั้งฯ ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารข้อมูล และผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยได้คัดเลือกพื้นที่ในการวิจัยแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกหมู่บ้านอีก 6 หมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 76 หลังคาเรือน 127 ครอบครัว มีประชากรรวมทั้งสิ้น 543 คน โดยแบ่งเป็น ชาย 268 คน หญิง 275 คน และเป็นเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปี จำนวนทั้งสิ้น 63 คน

เหตุผลที่เลือกพื้นที่นี้ในการวิจัย เนื่องจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง พ.ศ.2543 พบว่าเด็กอายุ 3-5 ปี มีฟันผุสูงถึงร้อยละ 76.47 (ข้อมูลอยู่ในระหว่างการประชุม) ซึ่งเป็นปัญหาที่อยู่ในเกณฑ์

ระดับสูงและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้านชาวเขาในพื้นที่อื่นที่ห่างไกลยากจะเข้าถึง ในปัจจุบันหมู่บ้านอีก้อปากกล้วยได้รับการพัฒนาทำให้มีการคมนาคมที่สะดวก มีสาธารณูปโภคทั้งระบบการประปาและกาไฟฟ้าทุกหลังคาเรือน ชาวบ้านสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพทั้งจากระบบพื้นบ้านและระบบการแพทย์สมัยใหม่ รวมทั้งเป็นหมู่บ้านที่ชาวบ้านมีความร่วมมือสูง ดังนั้นจึงมีปรากฏการณ์ตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

นอกจากนี้ประชากรในหมู่บ้านยังเป็นชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่พบมากที่สุดในจังหวัดเชียงราย ชาวอาข่ายังคงรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม มีภาษาพูดของตนเอง มีการดำเนินชีวิตผูกพันกับพิธีกรรมดั้งเดิม ดังนั้นจึงมีความคิด ความเชื่อ บริบทที่แตกต่างไปจากคนไทยพื้นราบ จึงทำให้ปัญหาสุขภาพของชาวเขาเชื่อมโยงกับปัจจัยอื่นๆอีกหลายประการ ดังนั้นการแก้ปัญหสุขภาพช่องปากโดยการนำวิธีการของคนไทยพื้นราบไปใช้ในชุมชนชาวไทยภูเขา ซึ่งมีวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากคนพื้นราบอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อต่างๆที่มีอยู่ อันจะทำให้โครงการไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของชาวบ้านที่มีอยู่เดิมตลอดจนเงื่อนไขปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เพื่อนำมาประยุกต์เป็นแนวทางการส่งเสริมป้องกันทางการแพทย์ที่กลมกลืนกับระบบวิถีคิดและวิถีชีวิตของชาวอาข่ากลุ่มนี้ จึงน่าจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาและส่งเสริมการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน

2.กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน โดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลตามกระบวนการเก็บข้อมูลเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

2.1.1 ผู้ให้ข้อมูลทั่วไปของชุมชนและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในหมู่บ้าน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ด้วยการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่เป็นที่นับถือของชาวบ้าน ผู้นำกลุ่มสตรี ชาวบ้านทั่วไป เจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นต้น

2.1.2 ผู้ให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในระดับชุมชน คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ด้วยการให้ข้อมูลเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรก ทำการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นประชาชนในหมู่บ้านที่เคยมีบทบาทในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน

2.1.3 ผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการกรณีศึกษา (Case study) คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มแรก โดยในขณะที่เก็บข้อมูลในสองกลุ่มแรกผู้วิจัยจะพิจารณาคัดเลือกบางครอบครัวเพื่อเป็นใช้ครอบครัวกรณีศึกษา ด้วยการให้

ข้อมูลจากผลการสำรวจสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ร่วมในการพิจารณา ใช้เกณฑ์คัดเลือกร่วมกันดังนี้

2.1.3.1 กลุ่มตัวอย่างจากเด็กที่มีสุขภาพช่องปากที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ (Extreme case sampling) โดยคัดเลือกครอบครัวที่มีเด็กวัย 0-5 ปี ที่มีสภาวะฟันผุหรือสภาวะฟันผุมากกว่าปกติ

2.1.3.2 กลุ่มตัวอย่างจากเด็กที่มีสุขภาพช่องปากที่มีความหลากหลายมาก (Maximum variation sampling) เนื่องจากสถานการณ์ฟันผุของเด็กกลุ่มนี้มีความหลากหลายและมีรูปแบบการฟันผุที่แตกต่างกัน เช่น การฟันผุในฟันหน้าหรือฟันหลัง เด็กฟันผุในครอบครัวเดียวกันที่มีสภาวะฟันผุที่เหมือนกันหรือต่างกัน การมีความคิดความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพช่องปาก ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจที่เหมือนกันหรือแตกต่างกัน เป็นต้น โดยคัดเลือกเด็กที่จะเป็นตัวแทนของความแตกต่างนั้นๆ เพื่ออธิบายว่าครอบครัวและชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมอย่างไรจึงก่อให้เกิดลักษณะของฟันผุเช่นนั้น

2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

2.2.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลทั่วไปของชุมชน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการที่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน จนกระทั่งพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้นจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 72 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน(คน)
ผู้นำชุมชน (สมาชิก อบต.และ สारวตกรำนัน)	2
ผู้สูงอายุ	5
หมอพื้นบ้าน (คนทรงและหมอสมนไพร)	3
ผู้นำกลุ่มสตรี	2
ชาวบ้านทั่วไปที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากสุขภาพช่องปาก (เด็ก วัยรุ่น วัยกลางคน)	15
เจ้าหน้าที่ของรัฐ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายพัฒนาสังคม ครู)	15
ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน	30
รวม	72

2.2.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในระดับชุมชน จำนวน 15 ครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 28 คน

2.2.3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) คัดเลือกครอบครัวจำนวน 7 ครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 24 คน ซึ่งมีลักษณะพิเศษเกี่ยวกับประเด็นในการศึกษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2: แสดงลักษณะของครอบครัวกรณีศึกษา

ชื่อ	อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย dmft ¹ (ซี่/คน)	รูปแบบการผุ	ลักษณะครอบครัว	รายได้ ³ บาท/คนปี	อาชีพ		สมาชิกในครอบครัว	ผู้ดูแลหลัก
						บิดา	มารดา		
พิษณุ	13	-	-		28,722	สรวัด	ค้าขาย	ย่า พ่อ แม่	แม่
ศักดิ์ชัย	8	-	ECC ²	ขยาย		กำนัน	เกษตร	ลูก	
นพจิรา	4.5	0	-						
เฉลิมชัย	6	0	-	เดี่ยว	24,250	สมาชิก อบต.	ค้าขาย	พ่อ แม่ ลูก	แม่
ศุภชัย	2.1	4	ECC ²						
ทิพย์สุดา	11	-	-		61,200	รับจ้าง	ค้าขาย	แม่ ลูก	ปู่
ภาวิณี	8	-	-	เดี่ยว		นอกพื้นที่	เกษตร		
อรรรณ	5.9	15	ECC ²						
อาริณี	2.11	5	ECC ²						
พนิดา	2.11	8	ECC ²	ขยาย	12,044	รับจ้างในพื้นที่	รับจ้างในพื้นที่	ย่า พ่อ แม่ ลูก	ย่า
อัญชลิษา	3.6	1	ฟันหลัง	ขยาย	72,720	รับจ้างในพื้นที่	รับจ้างในพื้นที่	ปู่ย่าพ่อแม่ ลูก	ย่า แม่
อรณี	4.2	13	ECC ²	ขยาย	19,995	รับจ้างนอกพื้นที่	รับจ้างนอกพื้นที่	ทวด ตา ยาย น้ำ หลาน	ตา
สุภา	11	-	-		4,000	เสียชีวิต	รับจ้างในพื้นที่	แม่ ลูก	แม่
สมฤดี	9	-	ฟันแท้ผุ						
กันยารัตน์	7	-	ฟันแท้ผุ	เดี่ยว					
วันเพ็ญ	4.1	0	-						
มิ่งคุณ	2	0	-						

หมายเหตุ : 1.dmft คือ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (ซี่ต่อคน)

2.ECC หมายถึง รูปแบบการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries)

3.ที่มาจากรายงานผลการสำรวจสภาพเศรษฐกิจและสังคมของหมู่บ้านในโครงการพัฒนาโดยตุง ปี 2544

3.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ชุดตรวจอย่างง่าย ประกอบด้วย กระจกส่องปากเพื่อใช้ในการวินิจฉัย (mouth mirror) เครื่องมือตรวจหารอยผุ (explorer No.5) และแบบบันทึกผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก)

3.2 แนวการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interviews guideline) ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประเด็นหรือหัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์สามารถดัดแปลงให้ยืดหยุ่นตามความเหมาะสม แต่เป็นไปตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

3.2.1 แนวการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของชุมชน (Informal interview guideline) เพื่อให้ได้ภาพรวมบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ข)

3.2.2 แนวการสัมภาษณ์เจาะลึกในระดับชุมชน (In-depth interview guideline: community level) เพื่อให้ได้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในระดับชุมชน (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ค)

3.2.3 แนวการสัมภาษณ์เจาะลึกในระดับครอบครัว (In-depth interview guideline: family level) เพื่อให้ได้ข้อมูลในการอธิบายความหลากหลายของพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในระดับครอบครัว (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ง)

3.3 แบบบันทึกข้อมูลสนาม (Field note)

3.4 เทปบันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูป

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีร่วมกัน ดังนี้

4.1 การใช้ข้อมูลเอกสาร เป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน โดยอาศัยข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น ข้อมูลการสำรวจสุขภาพเศรษฐกิจและสังคมของสำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาอยตุงฯ ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนจากโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หนังสือ เอกสารและบทความที่เกี่ยวกับชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่า เป็นต้น

4.2 การตรวจสอบสภาวะช่องปากสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ทำการตรวจในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2545 การตรวจหาฟันผู้ใช้กระจกส่องปากเพื่อใช้ในการวินิจฉัย (mouth mirror) ร่วมกับการใช้เครื่องมือตรวจหารอยผุ (explorer No.5) ภายใต้แสงธรรมชาติโดยไม่มีการถ่ายภาพรังสีประกอบ การตรวจใช้เกณฑ์จากคู่มือการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (2544) ผู้ตรวจเป็นทันตแพทย์ จำนวน 1 คนที่ไม่ใช่ผู้วิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้วิจัยมีภาพลักษณะเฉพาะเป็นนักวิจัยที่ต้องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ โดยไม่มีภาพลักษณะของทันตแพทย์ อันอาจจะมีผลต่อการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ทันตแพทย์ผู้ตรวจได้

ผ่านการปรับมาตรฐานการสำรวจ (Standardization and calibration) ด้วยการทดสอบทางสถิติ แคปป่า (Kappa statistic) ได้ค่าความแม่นยำมากกว่า 0.81 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

4.3 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participatory observation) ผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 ใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับชาวบ้าน ร่วมกิจกรรมของชุมชน พร้อมกับสังเกตรายละเอียดเกี่ยวกับชีวิตประจำวันและกิจกรรมต่างๆของชาวบ้าน มีการซักถามและจดบันทึก

4.4 การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview) ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แนวการสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในบรรยากาศเป็นกันเอง เพื่อสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นของชุมชนและข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในครอบครัวและชุมชนของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งประเด็นหรือหัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์สามารถดัดแปลงให้ยืดหยุ่นตามความเหมาะสม แต่ยังคงเป็นไปตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย บันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกย่อแล้วนำมาเขียนเรียบเรียงเป็นบันทึกภาคสนาม (Field note) แต่ละวันเป็นประจำทุกวัน

4.5 การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นแนวทางในการเปิดประเด็นในการสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมถึงพฤติกรรมและสภาวะแวดล้อมอื่นๆที่อาจมีผลต่อสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดในระดับครอบครัวและชุมชน บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียงแล้วนำมาเขียนเรียบเรียงเป็นบันทึกภาคสนาม (Field note) แต่ละวันเป็นประจำทุกวัน

4.6 การตรวจสอบข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation check) ดังนี้

4.6.1 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation check) คือ การตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมนั้นมีความถูกต้องหรือไม่ โดยตรวจสอบได้จากแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

4.6.1.1 แหล่งบุคคล สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลายคน เพื่อให้ได้ข้อมูลหลากหลายและเป็นการประเมินข้อมูลว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

4.6.1.2 แหล่งเวลา สัมภาษณ์บุคคลที่ให้ข้อมูลคนเดิมในเวลาที่แตกต่างกัน เช่น เวลาเช้า บ่าย หรือเย็น บางครั้งอาจจำเป็นต้องทิ้งช่วงห่างของเวลาและสัมภาษณ์ซ้ำในคำถามเดิม

4.6.1.3 แหล่งสถานที่ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนเดิมในสถานที่ที่แตกต่างกัน เพื่อสังเกตความเหมือนหรือแตกต่างกันของข้อมูล

4.6.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation check) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมหลายวิธีแตกต่างกัน เช่น การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ตลอดจนปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นมาเชื่อมโยงกันว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร จนได้ข้อมูลที่ซ้ำๆกันก็ถือได้ว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นมีความถูกต้อง

หลังจากที่ได้ข้อมูลและตรวจสอบสามเส้าแล้ว ชักถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หากตรวจสอบแล้วได้ข้อมูลเหมือนเดิมทุกครั้งแสดงว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้ หากพบว่าข้อมูลยังขาดความถูกต้องครบถ้วนหรือมีความขัดแย้งกัน ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม แล้วนำมาผ่านการตรวจสอบตามขั้นตอนตามที่กล่าวมา จนกระทั่งได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา จัดระบบแยกหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละวันระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลภาคสนามในระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2545 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน การดำเนินการเก็บข้อมูลในภาคสนามเริ่มด้วยการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาโดยตุงฯ และผู้นำชุมชนเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลในหมู่บ้านอีโก้วปากกล้วย หลังจากนั้นเข้าแนะนำต่อชาวบ้านด้วยการแนะนำตัวผู้วิจัยว่าเป็นนักศึกษาเข้ามาศึกษาลักษณะวิถีชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อทำรายงานวิจัยส่งให้อาจารย์ที่มหาวิทยาลัย หลังจากนั้นได้ขอความร่วมมือจากผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เป็นผู้ประสานงานและแนะนำพื้นที่ ร่วมกับเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 3 คน ที่มาช่วยในการสื่อสารภาษาอาข่า

ในช่วงสองเดือนแรกผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล โดยเริ่มจากสำรวจสภาพกายภาพของชุมชน แผนที่ทางกายภาพและสังคม แผนที่เครื่องญาติ ประวัติชุมชน ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเข้าไปพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สร้างความคุ้นเคยกับชาวบ้านโดยร่วมกิจกรรมหลายกิจกรรม เช่น เทศกาลสงกรานต์ เทศกาลประเพณีไข่แดง (พิธียะอูมิ) พิธีการวินิจฉัยโรคด้วยการเข้าทรง งานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน เป็นต้น ในเวลากลางวันมักจะพูดคุยซักถามที่ร้านขายของที่ระลึก เนื่องจากกลุ่มแม่บ้าน ผู้ปกครองของเด็กมีอาชีพค้าขาย ส่วนช่วงบ่ายและเย็นจะเข้าไปเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน โดยใช้เวลารวันละประมาณ 5-6 ชั่วโมง

ช่วงเดือนที่สามผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลระดับลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของคนในครอบครัวที่คัดเลือกไว้เป็นครอบครัวกรณีศึกษา จำนวน 15 ครอบครัว โดยใช้การเยี่ยมบ้านและ

การไปที่ร้านขายของที่ระลึก โดยในแต่ละครั้งจะไปในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ทั้งเช้า บ่าย หรือเย็น โดยเข้าไปนั่งเล่นพูดคุยกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว ร่วมทำกิจกรรม เช่น ช่วยขายของ ร่วมเย็บปักงานหัตถกรรม ร่วมรับประทานอาหาร ช่วยเลี้ยงเด็ก เป็นต้น ซึ่งได้รับความร่วมมือและความไว้วางใจจากทุกครอบครัวเป็นอย่างดี ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นที่สนใจและติดตามสังเกตพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในครอบครัว ส่วนในช่วงเดือนสุดท้ายเป็นการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สมบูรณ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามหน่วยวิเคราะห์แล้วนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการอธิบายสาเหตุและปรากฏการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผลการวิเคราะห์น่าเชื่อถือและถูกต้อง

6.2 การวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Componential analysis) นำข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันตั้งแต่ 2 ชุดขึ้นไปมาจำแนกและเปรียบเทียบอย่างเป็นระบบ ด้วยการหาความเหมือนหรือความแตกต่างเพื่อสร้างข้อสรุป

6.3 การวิเคราะห์แบบตีความและสร้างข้อสรุป หรือการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analysis induction) เป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลรูปธรรมและปรากฏการณ์ที่มองเห็นแล้วสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรม โดยการหาลักษณะร่วมของรูปธรรมจำนวนหนึ่งเพื่อสร้างข้อสรุปว่ารูปธรรมนั้นมีลักษณะแบบแผนอย่างไร

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชาวอาข่าหมู่บ้าน อีโก้ปากกล้วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในหมู่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้รู้และผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เพื่อให้ได้ ภาพโดยรวมประมาณ 50 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ชาวอาข่ากลุ่มนี้อพยพมาอยู่บริเวณพื้นที่ ชายแดนไทย-พม่าและย้ายถิ่นฐานลงมาจนถึงเขตพื้นที่ดอยตุงในปัจจุบัน ข้อมูลที่ได้เป็น ประสพการณ์โดยตรงของผู้ให้ข้อมูล ทำให้เข้าใจถึงวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีลักษณะ ของการพึ่งพาตนเองมาตลอดระยะเวลาอันยาวนาน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพช่องปากของชาวบ้านในช่วงเวลาที่ต่างกัน โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 7 ประเด็น คือ

- 1.บริบททางสังคมวัฒนธรรม
- 2.สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน
- 3.ความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน
 - 3.1 ความหมายและความสำคัญของฟันน้ำนมและโรคฟันผุ
 - 3.2 ลักษณะของโรคฟันผุและสาเหตุของการเกิดโรค
 - 3.3 ปัญหาและผลกระทบจากโรคฟันผุ
- 4.พฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก
- 5.พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร
- 6.พฤติกรรมกรป้องกันและรักษาเมื่อรับรู้ว่าจะเกิดโรคฟันผุ
- 7.กรณีศึกษา

1.บริบททางสังคมวัฒนธรรม

การศึกษบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนชาวอาข่าหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ได้ทำการศึกษาลักษณะของชุมชนตั้งแต่ ลักษณะทางกายภาพ ประชากร เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้เข้าใจถึงบริบทแวดล้อมของชุมชนที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

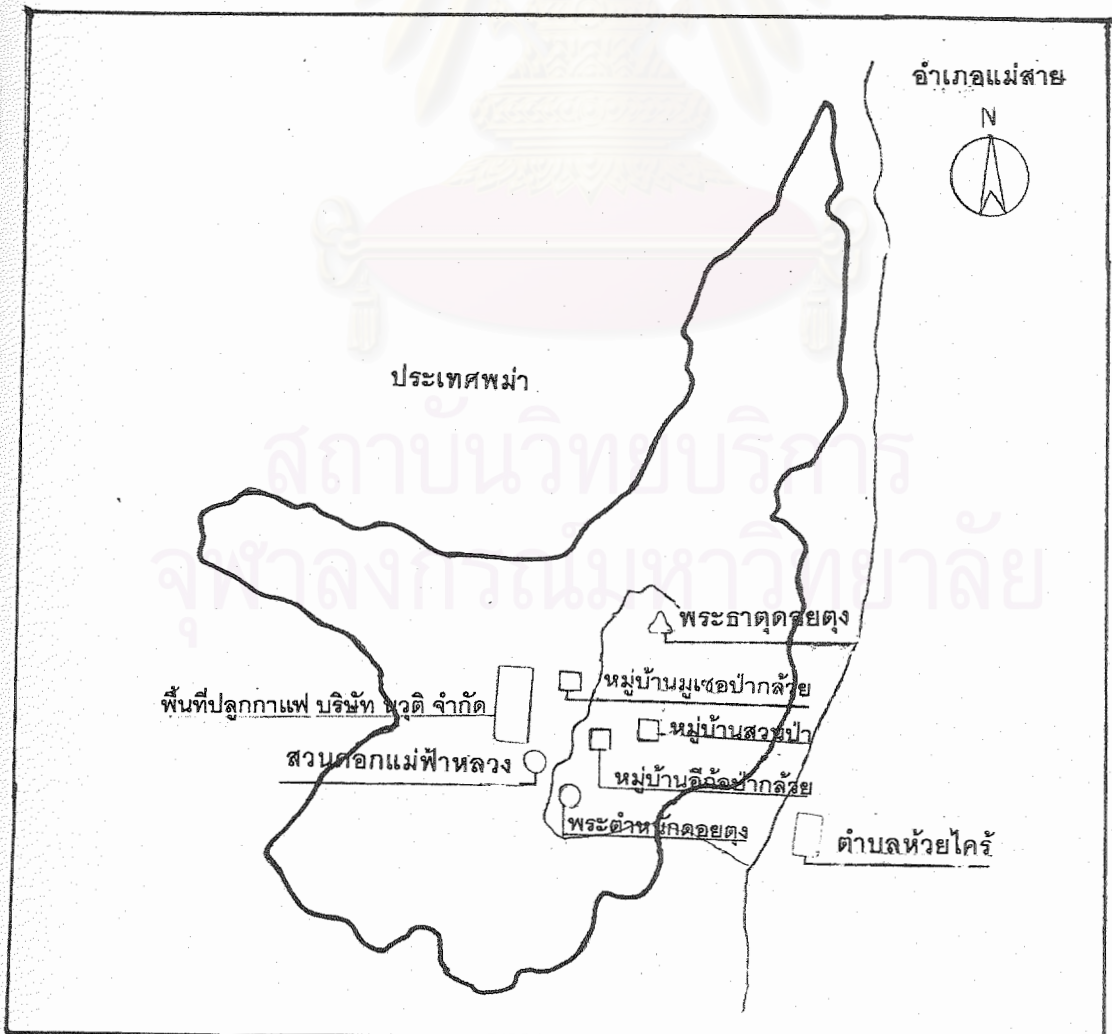
1.1 ลักษณะทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม

1.1.1 ที่ตั้งและอาณาเขต

บ้านอีโก้ปากกล้วยเป็นหมู่บ้านชาวไทยภูเขาจาก 27 หมู่บ้าน ในเขตพื้นที่โครงการพัฒนาอยตุง (พื้นที่ทรงงาน) อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ตั้งอยู่บนเทือกเขานางนอน ในระดับความสูงจากระดับน้ำทะเล 980 เมตร ทำให้มีอากาศหนาวเย็นเกือบตลอดทั้งปี ห่างจากเขตสำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาอยตุงฯ ประมาณ 1 กิโลเมตร โดยมีอาณาเขตดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับหมู่บ้านมุเซอปากกล้วยและสถานีอนามัยอยตุง
ทิศใต้	ติดต่อกับพระตำหนักอยตุง
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับหมู่บ้านสวนป่า
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับบริษัท นวติ จำกัด

ภาพที่ 3 แผนที่สังเขปแสดงที่ตั้งหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วยในเขตโครงการพัฒนาอยตุงฯ



1.1.2 ประวัติชุมชน

ชนเผ่า “อีเก้อ” เรียกตนเองว่า “อาข่า” (มีความหมายว่า ผู้ที่อยู่บนภูเขาสูง) สืบเชื้อสายมาจากกลุ่มชนกลุ่มใหญ่ที่พูดภาษาตระกูล ธิเบต-พม่า ที่อาศัยอยู่ภาคตะวันตกและภาคใต้ของมณฑลยูนนาน ชาวอาข่าเองมีการจำแนกออกเป็นกลุ่มๆ หลายกลุ่มด้วยกัน เช่น อู๋ไล้อาข่า ลอมมีอาข่า ลาปืออาข่า เป็นต้น

ประชากรส่วนใหญ่ของบ้านปากกล้วยคือ ลอมมีอาข่า ซึ่งเป็นคำเรียกที่ชาวไทยใหญ่ในประเทศพม่าใช้เรียกชาวอาข่ากลุ่มนี้ เพราะอาข่ากลุ่มนี้อาศัยอยู่ที่ “ดอยหมี” ตอนเหนือของเมืองเชียงตุง โดยที่ชาวไทยใหญ่ไม่ใช้คำว่า “ด” แต่ใช้คำว่า “ล” แทน จึงเรียกชาวอาข่ากลุ่มนี้ว่า “ลอมมีอาข่า” ซึ่งชาวอาข่าเลียนเสียงมาเป็น “ลอมมี” เพราะในภาษาอาข่าไม่มีตัวสะกด ชาวบ้านอีเก้อปากกล้วยมีถิ่นฐานเดิมอยู่ในแคว้นยูนนานของประเทศจีน ต่อมาได้อพยพสู่ทางตะวันออกของประเทศพม่าบริเวณชายแดนไทย-พม่า เมื่อประมาณ พ.ศ.2493 มีการขัดแย้งระหว่างตระกูลประกอบกับถูกรบกวนจากกองกำลังติดอาวุธชนกลุ่มน้อยและอิทธิพลเดือนตามแนวชายแดน จึงได้เคลื่อนย้ายเข้ามาอยู่บริเวณภาคเหนือของประเทศไทย ชาวอาข่าได้อพยพลงมาเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากมีความเชื่อหลายประการ เช่น กรณีนีมีโรคระบาด หรือ เพื่อการแสวงหาที่ทำกิน เป็นต้น จนกระทั่งถึงสวนแม่ฟ้าหลวงในปัจจุบัน สำหรับชื่อหมู่บ้าน “อีเก้อปากกล้วย” นั้นชาวพื้นเมืองเป็นผู้ตั้งให้ เนื่องจากชาวพื้นเมืองเรียกพวกเขาว่า “อีเก้อ” และบริเวณที่ตั้งหมู่บ้านนี้มีการปลูกต้นกล้วยจำนวนมาก

ในปี พ.ศ.2513 รัฐบาลได้ตัดถนนขึ้นไปสู่พระธาตุดอยตุงและผ่านบริเวณหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการนำความเจริญจากพื้นราบมาสู่หมู่บ้าน ทำให้ชาวอาข่ามีการติดต่อกับคนพื้นราบมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2516 มีชาวอาข่าจากบ้านปายางและแม่สลองอีเก้ออพยพมาอยู่รวมในหมู่บ้านอีก 30 หลังคาเรือน หลังจากนั้นภาครัฐและเอกชนก็เริ่มเข้ามาส่งเสริมการปลูกพืช มีการจัดตั้งโรงเรียน มีครูมาสอนหนังสือให้กับเด็กในหมู่บ้าน

ต่อมาปี พ.ศ.2530 จึงเริ่มมีโครงการพัฒนาดอยตุง (พื้นที่ทรงงาน) อันเนื่องมาจากพระราชดำริและมีการจัดสร้างพระตำหนักดอยตุงเพื่อถวายแด่องค์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (สมเด็จย่า) ทางโครงการฯ ได้มีนโยบายวางแผนการพัฒนาพื้นที่ในโครงการพัฒนา ดอยตุงฯ จึงได้ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับชาวบ้านเพื่อย้ายหมู่บ้าน จากบริเวณสวนแม่ฟ้าหลวงมาเป็นบริเวณหมู่บ้านในปัจจุบันเมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2531 โดยมีระยะทางห่างจากพระตำหนักดอยตุงประมาณ 1 กิโลเมตร ในช่วงเวลานี้เองที่ในหมู่บ้านเริ่มมีสาธารณูปโภคทั้งไฟฟ้าและน้ำประปาภูเขา รวมถึงการคมนาคมที่สะดวกสบายมากขึ้น

1.1.3 สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน

1.1.3.1 พื้นที่

พื้นที่ทั้งหมดในหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย มีจำนวนทั้งสิ้น 24 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่ใช้เป็นที่อยู่อาศัย ไม่มีพื้นที่ทำการเกษตร พื้นที่ทำการเกษตรของประชากรส่วนใหญ่อยู่ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 2-3 กิโลเมตรอยู่ในเขตโครงการพัฒนาออยตุงฯ จำนวน 23 แปลง คิดเป็นพื้นที่ประมาณ 180 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการส่งเสริมให้ปลูกพืชเศรษฐกิจ เช่น กาแฟ ลิ้นจี่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีพื้นที่บริษัทนวดติ จำกัด ที่ให้สำหรับเช่าปลูกกาแฟ 55 แปลง คิดเป็นพื้นที่ประมาณ 388 ไร่ ส่วนพื้นที่การเกษตรนอกเขตโครงการพัฒนาออยตุงฯ มีจำนวน 4 แปลง คิดเป็นพื้นที่ประมาณ 16 ไร่

1.1.3.2 ลักษณะการสร้างบ้านเรือน

ชาวอาข่าจะตั้งบ้านเรือนบริเวณไหล่เขา เดิมลักษณะบ้านของชาวอาข่ามีเอกลักษณ์เฉพาะตัวคือ สร้างจากหญ้าคา ชั้นเดียวติดพื้น ไม่มีหน้าต่าง ภายในตัวบ้านจะแบ่งเป็น 2 ห้อง มีฝาที่ไม่สูงมากนักกั้นแบ่งระหว่างที่นอนของผู้หญิงกับผู้ชาย บริเวณห้องนอนของผู้หญิงจะมีบริเวณครัวที่ใช้ประกอบอาหาร ส่วนห้องน้ำและห้องส้วมจะอยู่ภายนอกบ้าน ในปีพ.ศ. 2531 เมื่อมีการย้ายหมู่บ้าน ชาวบ้านได้รับการจัดสรรพื้นที่อยู่อาศัยจากโครงการพัฒนาออยตุงฯ ประมาณครอบครัวละ 100-200 ตารางวา ในปัจจุบันครอบครัวที่มีฐานะความเป็นอยู่ดีขึ้นจะนิยมสร้างบ้านถาวร (ร้อยละ 66) หลังคามุงกระเบื้อง อย่างไรก็ตามรูปแบบของตัวอาคารจะต้องรักษาวัฒนธรรมดั้งเดิมของชาวอาข่าตลอดจนภูมิทัศน์โดยรวม โดยอาคารจะต้องเป็นบ้านชั้นเดียว หลังคาสีกาน้ำตาล และมีรั้วโปร่ง

ภาพที่ 4 ลักษณะบ้านเรือนของชาวอาข่า



1.1.3.3 สาธารณูปโภค

ในอดีตหมู่บ้านไม่มีสาธารณูปโภคใดๆ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2531 เมื่อมีการย้ายหมู่บ้านและทางโครงการพัฒนาโดยตุงฯ ได้มีนโยบายวางแผนการพัฒนาพื้นที่ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในหมู่บ้าน ดังนี้

ไฟฟ้า เดิมชาวบ้านอาศัยตะเกียงและได้ให้ความสว่าง ชาวบ้านเข้าอนตั้งแต่หัวค่ำ จนกระทั่งเมื่อมีไฟฟ้า จึงเริ่มมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างตามมา เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เครื่องทำน้ำอุ่น เครื่องซักผ้า เป็นต้น

น้ำประปา เดิมชาวบ้านอาศัยลำน้ำที่อยู่นอกหมู่บ้านใช้อุปโภคและบริโภค จนกระทั่งมีการต่อท่อจากแม่น้ำลำห้วยมายังถึงเก็บน้ำในหมู่บ้าน และต่อท่อกระจายไปตามครัวเรือนเกิดเป็นระบบน้ำประปาภูเขา ปริมาณน้ำจึงขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำในแม่น้ำลำห้วย อย่างไรก็ตามในหมู่บ้านจะมีน้ำใช้อุปโภคและบริโภคตลอดทั้งปี โดยชาวบ้านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้น้ำ

1.1.3.4 การสื่อสาร

โทรทัศน์ ครอบครัวอาซาปากกล้วยส่วนใหญ่มีโทรทัศน์เกือบทุกหลังคาเรือน (ร้อยละ 86) โดยชาวบ้านส่วนใหญ่นิยมดูโทรทัศน์เป็นประจำในช่วงเวลาเย็นจนถึงดึกในวันเสาร์และวันอาทิตย์เด็กนักเรียนมักจะเปิดดูรายการโทรทัศน์เกือบตลอดทั้งวัน โดยเด็กส่วนใหญ่จะดูรายการการ์ตูน ละครพื้นบ้านและโฆษณา ผู้หญิงจะชอบดูละครหลังข่าว และเกมโชว์ ส่วนฝ่ายชายจะชอบดูรายการกีฬาและข่าว

วิทยุ ในบางหลังคาเรือนมีวิทยุ (ร้อยละ 57) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นวิทยุรุ่นและเยาวชนที่จะชอบฟังวิทยุกันมาก รายการที่ฟังส่วนใหญ่จะเป็นรายการเพลงไทยแบบคนพื้นราบ คือ เพลงไทยสากล และเพลงไทยเพื่อชีวิต

สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์เป็นสื่อที่มีน้อยมากในหมู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการอ่านหนังสือภาษาไทยของชาวบ้านยังไม่แตกฉานมากนัก

เสียงตามสาย ในหมู่บ้านจะมีเสียงตามสายที่ประกาศข่าวสารต่างๆ เช่น การเรียกประชุมหมู่บ้าน การแจ้งข่าวสารนัดหมายของทางราชการ เป็นต้น

โทรศัพท์ ภายในหมู่บ้านจะมีโทรศัพท์สาธารณะ 1 แห่ง และในบางครอบครัวจะมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ (ร้อยละ 17)

1.1.3.5 การคมนาคม

ในอดีตคนในหมู่บ้านจะใช้การเดินทางไปมาตามทางเดินไหล่เขาที่เล็กและแคบเพียงพอสำหรับคนและม้าเท่านั้น ภายหลังมีการตัดถนนผ่านหมู่บ้าน ทำให้การคมนาคมสะดวกขึ้น เกือบทุกหลังคาเรือนจะมีจักรยานยนต์ (ร้อยละ 76.3) บางหลังคาเรือนมีรถยนต์

(ประมาณร้อยละ 14) ซึ่งใช้เวลาเดินทางจากหมู่บ้านไปยังตลาดพื้นราบเพียง 15 นาที ถนนที่เข้าสู่หมู่บ้านเป็นถนนที่ปูด้วยอิฐรูปหัวใจของ รพช. โดยได้รับจากโครงการพัฒนาโดยตุงฯ ในหมู่บ้านจะมีทางเดินเล็กๆ เชื่อมระหว่างบ้านเรือนต่างๆ

1.1.4 สถานที่สำคัญ

1.1.4.1 สถานที่สำคัญในหมู่บ้าน ได้แก่

โรงเรียน ประกอบด้วยโรงเรียน 2 แห่ง คือ

-ศูนย์การศึกษาเพื่อชุมชนในเขตชาวเขา (ศศช.) จำนวน 1 แห่ง จัดตั้งเมื่อปีพ.ศ. 2525 โดยกรมการศึกษานอกโรงเรียน มีหลักสูตรสำหรับชาวไทยภูเขาที่ไม่รู้หนังสือ และมีหลักสูตรเรียนทางไกลของกรมการศึกษานอกโรงเรียน มีครูจำนวน 2 คน

-ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 1 แห่ง จัดตั้งเมื่อปีพ.ศ. 2532 สังกัดกรมพัฒนาชุมชน มีผู้ดูแลเด็กจำนวน 2 คน ซึ่งได้รับเงินเดือนจากกรมพัฒนาชุมชน ส่วนงบประมาณอาหารกลางวันและนมได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล เปิดสอนตลอดทั้งปีโดยจะรับเด็กอายุตั้งแต่ 2 ถึง 5 ปี ในเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2545 มีเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนทั้งสิ้น 43 คน แบ่งเป็นเด็กชาย 21 คน เด็กหญิง 22 คน และในเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 มีเด็กจำนวนทั้งสิ้น 22 คน แบ่งเป็นเด็กชาย 12 คน เด็กหญิง 10 คน

อาคารหอประชุมของหมู่บ้าน

เป็นอาคารชั้นเดียวตั้งอยู่กลางหมู่บ้าน เป็นสถานที่ชุมนุมของสมาชิกในหมู่บ้านในกิจกรรมต่างๆ เช่น การประชุมชาวบ้าน การประชุมกลุ่มแม่บ้าน ด้านหน้าจะมีสนามเป็นบริเวณกว้าง ในช่วงเย็นมักมีกลุ่มเด็กและเยาวชนเล่นกีฬา และกลุ่มชายผู้สูงอายุจับกลุ่มสนทนา และมีเสียงตามสายสำหรับประกาศข่าวสารต่างๆของทางราชการ

ร้านค้า

มีร้านขายขนมเล็กๆ 1 ร้านในหมู่บ้าน โดยส่วนใหญ่ขายขนมขบเคี้ยว ราคาของละ 1 บาท หมากฝรั่ง ลูกอม น้ำอัดลม ลูกค้าที่มาอุดหนุนคือกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน จะซื้อครั้งละประมาณ 2-5 บาท นอกจากนี้จะมีรถเร่ขายอาหารเข้ามาขายในหมู่บ้าน รถเร่จะมีทั้งอาหารสำเร็จรูปและกึ่งสำเร็จรูป เช่น น้ำเต้าหู้ ปาท่องโก๋ อาหารปรุงสุก ตลอดจนอาหารสดและอาหารแห้ง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ เป็นต้น

โบสถ์

มีโบสถ์คริสต์ศาสนานิกายโปรเตสแตนต์ ตั้งอยู่ที่ทิศใต้บริเวณท้ายหมู่บ้าน ในหมู่บ้านจะมีผู้นับถือศาสนาคริสต์จำนวน 8 หลังคาเรือน ทุกวันอาทิตย์ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์จะต้องหยุดงาน เพื่อไปเข้าโบสถ์

ภาพที่ 5 แผนที่ผังเขตแสดงสถานที่สำคัญในและนอกเขตหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย



1.1.4.2 สถานที่สำคัญนอกเขตหมู่บ้าน ได้แก่

โรงเรียน

โรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวง สังกัดการประถมศึกษาอำเภอ ตั้งอยู่หมู่บ้านมุเซอปากกล้วย ห่างจากหมู่บ้านอีกอปากกล้วยประมาณ 1 กิโลเมตร ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2524 เปิดสอนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จนกระทั่งในปี พ.ศ.2541 เปิดสอนในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีนักเรียนจากหมู่บ้านข้างเคียงมาเรียนรวมกัน ปัจจุบันเยาวชนส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาขั้นต่ำจนถึงชั้นมัธยมปีที่ 3 หลักสูตรการเรียนการสอนเหมือนนักเรียนพื้นราบ จึงทำให้ชาวอาข่าที่อายุต่ำกว่า 30 ปีลงมาสามารถสื่อสารและใช้ภาษาไทยได้ดี

สถานบริการทางการแพทย์

-สถานีนอนามัย

ตั้งอยู่ติดกับโรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวง ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 1 กิโลเมตร เปิดให้บริการเมื่อปี พ.ศ. 2531 ปัจจุบันเป็นสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวรมินทราชนิ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวนทั้งสิ้น 9 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 3 คน ลูกจ้างจำนวน 4 คน และมีลักษณะเฉพาะคือ มีทันตแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ประจำในสถานีนอนามัยจำนวน 1 คน และทันตภิบาลจำนวน 1 คน โดยมีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบจำนวน 9 หมู่บ้าน ชาย 1,610 คน หญิง 1,836 คน รวมทั้งสิ้น 3,446 คน จากข้อมูลสถานีนอนามัยปีพ.ศ. 2544 พบว่ากลุ่มโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคจากสาเหตุอื่นๆ โรคระบบทางเดินอาหารรวมทั้งโรคในช่องปาก โรคผิวหนัง และโรคติดเชื้อและปรสิต ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือต้องได้รับการรักษาเฉพาะทางจะได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่จัน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ในเขตพื้นราบห่างจากหมู่บ้านประมาณ 30 กิโลเมตร

-คลินิกเอกชน

ตั้งอยู่ในเขตพื้นราบเขตตำบลห้วยไคร้ ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 13 กิโลเมตร มีคลินิกเอกชนที่ตรวจและรักษาโรคทั่วไปโดยแพทย์ปริญญาจำนวน 3 ร้าน

ร้านค้า

ร้านขายขนมและร้านขายของชำเล็กๆตั้งอยู่ทั่วไป บริเวณที่ชาวบ้านไปค้าขายของที่ระลึกให้นักท่องเที่ยว (บริเวณพระตำหนัก จุดชมวิวกิโลเมตรที่ 12 ศูนย์วิจัยพืชสวน และทางขึ้นพระธาตุดอยตุง เป็นต้น) และตั้งอยู่ระหว่างทางไปโรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวง นอกจากนี้ยังมีรถเข็นขายของทั้งอาหารสด อาหารแห้ง ขนม มาขายของทุก 2-3 วันอีกด้วย

ตลาด

-ตลาดตำบลห้วยไคร้ ตั้งอยู่พื้นราบห่างจากหมู่บ้านประมาณ 13 กิโลเมตร สามารถเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ รถยนต์ หรือรถรับจ้างโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ชาวบ้านส่วนใหญ่จะลงไปซื้ออาหาร ของใช้ต่างๆ ทุก 2-3 วัน นอกจากนี้ที่ตำบลห้วยไคร้ยังมีร้านค้าอื่นๆ เช่น ร้านขายอาหาร ร้านขายของชำ ปืมน้ำมัน ธนาคาร ร้านอินเทอร์เน็ต ร้านขายรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

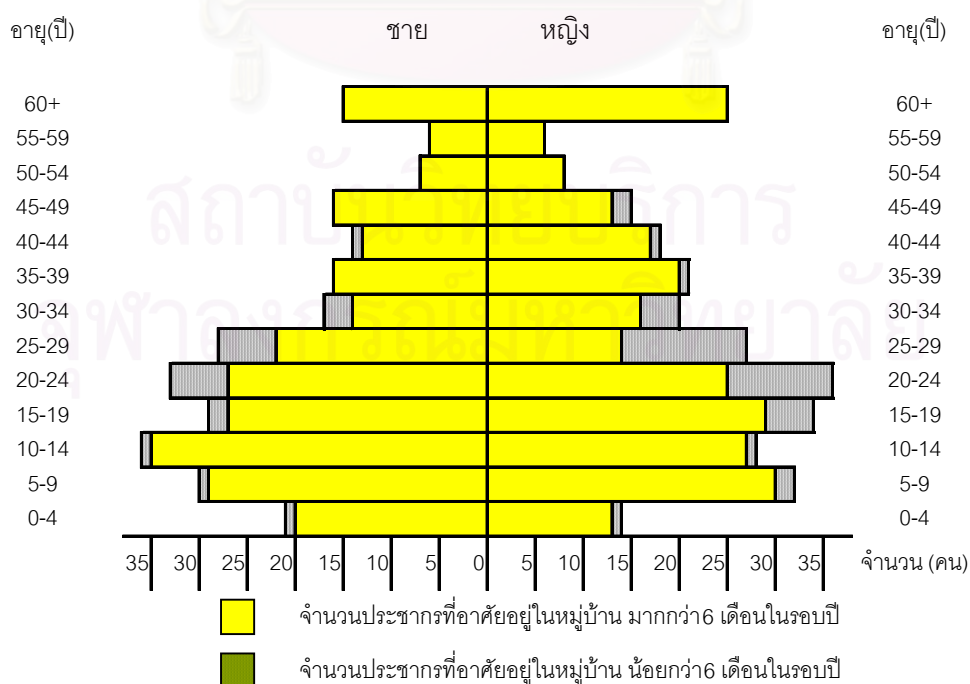
-ตลาดอำเภอแม่สาย เป็นตลาดขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในตัวเมืองอำเภอแม่สายติดชายแดนไทย-พม่า ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 30 กิโลเมตร ชาวบ้านจะเข้าไปฝั่งพม่าซื้อของที่ระลึกมาขายนักท่องเที่ยว หลังจากนั้นมักจะแวะซื้อของใช้ อาหาร ขนมฝากลูกหลาน

1.2 ลักษณะของประชากร

1.2.1 จำนวนประชากร

จากข้อมูลผลการสำรวจสภาพเศรษฐกิจและสังคม ประจำปี 2543 ระหว่างวันที่ 1 เม.ย.2543-31 มี.ค.2544 โดยฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาออยตุงฯ พบว่าหมู่บ้านอีก้อปากกล้วยประกอบด้วย 76 หลังคาเรือน 127 ครอบครัว มีประชากรรวมทั้งสิ้น 543 คน โดยแบ่งเป็น ชาย 268 คน หญิง 275 คน เด็กก่อนวัยเรียน 0-5 ปี จำนวนทั้งสิ้น 63 คน ประชากรเกือบทั้งหมดได้รับสัญชาติไทยแล้ว

ภาพที่ 6 โครงสร้างอายุของประชากรหมู่บ้านอีก้อปากกล้วย ปี พ.ศ. 2544



1.2.2 สถานภาพทางการสมรส

ในอดีตชาวอาขานิยมแต่งงานในอายุระหว่าง 20-25 ปี โดยชายจะแต่งงานเร็วกว่าหญิง ในสมัยก่อนมักไม่มีหญิงหรือชายที่อยู่เป็นโสด คู่ครองก็มักจะเป็นชาวอาขานด้วยกัน อาจอยู่หมู่บ้านเดียวกันหรือไม่ก็ได้ ชาวอาขานิยมผัวเดียวเมียเดียว แต่ในกรณีที่มีภรรยาคนแรกไม่มีบุตรชายไว้สืบสกุลชายคนนั้นอาจมีภรรยามากกว่าหนึ่งคนได้ ในปัจจุบันชาวอาขานแต่งงานช้ากว่าในสมัยก่อนโดยเฉพาะผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจากได้รับการศึกษามากขึ้น และผู้หญิงเริ่มมีบทบาทในการรับภาระในการหารายได้ ด้วยการเปลี่ยนอาชีพไปค้าขายหรือรับจ้าง ทำให้บิดามารดาไม่สามารถควบคุมการแต่งงานของบุตรได้ การแต่งงานกับคนต่างเผ่าพันธุ์ที่ไม่ใช่ชาวอาขานเริ่มมีมากขึ้นและพบว่าในหมู่บ้านมีคนโสด 280 คน สมรส 244 คน ม่าย 13 คน หย่า 4 คู่ และแยกกันอยู่ 2 คู่ โดยพบว่ากลุ่มที่มีการหย่าจำนวน 4 คู่ นั้นเป็นครอบครัวของเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มที่ทำการศึกษานี้ทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการหย่าในครอบครัวของคนรุ่นใหม่มากขึ้น

1.2.3 ระดับการศึกษาและการรู้หนังสือ

ชาวบ้านที่อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่รู้หนังสือไทย (ร้อยละ 94) แต่สามารถฟังภาษาไทยเข้าใจ ส่วนชาวบ้านที่อายุ 11-30 ปี ส่วนใหญ่รู้หนังสือ (ร้อยละ 88) โดยผ่านการเรียนการสอนจากโรงเรียนประถมศึกษาหรือบางคนเรียนจากหลักสูตรของกรมการศึกษานอกโรงเรียน ส่วนเด็กที่อายุ 5-11 ปี ทุกคนกำลังศึกษาในระบบโรงเรียนประถมศึกษา ส่วนเด็กที่อายุ 2.5-5 ปีทุกคนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.2.4 ศาสนา

ชาวบ้านที่ถือปากกล้วยจำนวน 68 หลังคาเรือน ยังคงนับถือศาสนาผี (นับถือผีบรรพบุรุษ) มีเพียง 8 หลังคาเรือนที่นับถือศาสนาคริสต์ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่นับถือนิกาย โปรเตสแตนต์

1.3 ลักษณะเศรษฐกิจ

1.3.1 อาชีพ ในแต่ละหลังคาเรือนจะมีการประกอบอาชีพหลายอย่าง เช่น

1.3.1.1 เกษตรกรรม แม้ว่าในปัจจุบันครอบครัวส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ประมาณร้อยละ 86) แต่รูปแบบการทำเกษตรได้เปลี่ยนไปจากเดิม กล่าวคือ ในอดีตชาวบ้านทำการเกษตรเพื่อยังชีพ ปลูกข้าวไร่เพื่อการบริโภค ปลูกข้าวโพดเพื่อเลี้ยงสัตว์ หากมีเหลือจากการบริโภคจึงนำมาจำหน่าย มีการปลูกฝิ่น โดยที่ชาวจีนฮ่อหรือคนไทยพื้นราบจะมารับซื้อด้วยการแลกกับอาหาร และเครื่องใช้ที่จำเป็น ต่อมาเมื่อกลางปี พ.ศ. 2530 ได้เริ่มโครงการพัฒนาอดอยตุฯ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ การฟื้นฟูสภาพป่าเสื่อมโทรม เพื่อให้ประชาชนและป่าอยู่ร่วมกันได้ ให้มีสภาพแวดล้อมดีขึ้น ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของชาวบ้านที่อยู่ในพื้นที่เขตโครงการฯ ให้ดีขึ้นทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ให้มีการจ้างแรงงานอยู่ตลอดปี และ

เพิ่มรายได้ให้ชาวบ้านเลี้ยงตัวได้ โครงการฯจึงได้ร่วมมือกับบริษัทเอกชน เช่น บริษัทนวดูดี ปลูกป่าเศรษฐกิจ คือ ปลูกไม้ผลผลิตราคาสูง เช่น แมคคาดาเมีย เกาลัด กาแฟ เป็นต้น ชาวบ้านที่ไม่มีพื้นที่ทำการเกษตรจึงไปรับจ้างทำการเกษตรกับทางโครงการพัฒนาโดยดุษฯ ในปัจจุบันเมื่อชาวบ้านมีความรู้ในการปลูกและดูแลกาแฟ ทางโครงการฯร่วมกับบริษัทนวดูดีจึงได้มอบพื้นที่ให้ชาวบ้านสามารถเช่าปลูกกาแฟ และนำเมล็ดกาแฟมาขายให้แก่บริษัท

1.3.1.2 รับจ้าง ในปัจจุบันแรงงานรับจ้างในพื้นที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (จำนวน 94 คน) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีโครงการพัฒนาโดยดุษฯทำให้มีความต้องการแรงงานมากขึ้น รวมถึงแรงงานที่เป็นความสามารถเฉพาะด้านของสตรี เช่น โรงงานทอผ้า ทอพรหม ตัดเย็บเสื้อผ้า ผลิตภัณฑ์ศิลปะต่างๆ และงานแม่บ้าน เป็นต้น โดยให้โอกาสและทางเลือกแก่หญิงสาวชาวบ้านจำนวนมาก การรับจ้างแรงงานจึงกลายเป็นอาชีพของชาวบ้านในวัยแรงงาน นอกจากนี้การจำกัดพื้นที่ ทำให้พื้นที่ทำการเกษตรมีจำนวนลดลง การทำไร่อย่างเดียวจึงไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงครอบครัว ชาวบ้านในวัยแรงงานบางคนจึงเริ่มไปทำงานรับจ้างหลังจากฤดูเก็บเกี่ยวเพื่อหารายได้เสริม เมื่อถึงฤดูทำไร่ก็กลับบ้าน ภายหลังเมื่องานรับจ้างมีรายได้ประจำสม่ำเสมอทำให้ชาวบ้านบางคนไปรับจ้างเป็นงานประจำนอกพื้นที่ เช่น ในตัวอำเภอเมืองเชียงรายได้ กรุงเทพฯ สมุทรปราการ เป็นต้น นอกจากนี้เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2538 เริ่มมีแรงงานบางส่วนไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศไต้หวัน สัญญาจ้าง 2-3 ปี มีค่าตอบแทนสูงที่ทำให้สามารถเก็บเงินสร้างบ้าน ซื้อสิ่งของเครื่องใช้อำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น รถ โทรทัศน์ เป็นต้น จึงทำให้จำนวนแรงงานด้านนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก (จำนวนทั้งสิ้น 59 คน)

1.3.2.3 การค้าขาย ทางโครงการพัฒนาโดยดุษฯ ได้มีการส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว มีถนนหนทางที่สะดวก ปลอดภัย ดึงดูดให้นักท่องเที่ยวมาเยี่ยมชมมากขึ้น ผู้หญิงในหมู่บ้านที่ว่างจากงานเกษตรกรรมจึงได้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ประกอบอาชีพค้าขายของที่ระลึกให้แก่นักท่องเที่ยว เพิ่มพูนรายได้อีกทาง (จำนวน 66 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 86.8) ชาวบ้านจะนำสินค้ามาจำหน่ายในบริเวณที่ทางโครงการฯจัดให้ โดยตั้งเป็นแผงลอยบริเวณที่จอดรถนักท่องเที่ยวสวนแม่ฟ้าหลวง ศูนย์วิจัยพืชสวน และ จุดชมวิวกิโลเมตรที่ 12 เป็นต้น สินค้าส่วนใหญ่ซื้อมาจากตลาดขายส่งที่แม่สาย เชียงใหม่ พม่า หรืออาจมีพ่อค้านำมาจำหน่ายให้ที่แผงลอย ส่วนงานศิลปะหัตถกรรมประจำกลุ่มชาติพันธุ์ที่ผลิตเอง เช่น ถ้วยยาม เข็มขัด จะมีจำนวนน้อย

1.3.2 รายได้

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2531 เป็นต้นมา ชาวบ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2531 มีรายได้เฉลี่ย 1,192 บาทต่อคนต่อปี หลังจากนั้นได้มีรายได้สูงขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งในปี พ.ศ.2543 มีรายได้เฉลี่ย 20,550 บาทต่อคนต่อปี (ข้อมูลจากฝ่าย

พัฒนาสังคม สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาโดยตุงฯ, 2544) โดยรายได้ขั้นต่ำตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือนชาวเขา (จปฐ. ชาวเขา) คนในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 15,000 บาทต่อปี ซึ่งรายได้ของชาวบ้านได้มาจากหลายทางด้วยกัน เช่น

1.3.2.1 รายได้จากการเกษตร ในปัจจุบันทางโครงการฯ โดยบริษัท นวติ จำกัด ได้จัดสรรพื้นที่เช่าปลูกกาแฟให้ชาวบ้าน ด้วยการให้ชาวบ้านเช่าดูแลต้นกาแฟในราคาต้นละ 0.50 บาทต่อปี ทางบริษัทฯจะช่วยสนับสนุน ปุ๋ย ยากำจัดศัตรูพืชในเบื้องต้น หลังจากนั้นเมื่อได้รับผลผลิตเมล็ดกาแฟชาวบ้านจะต้องหักค่าใช้จ่ายคืนให้ทางบริษัทฯ ส่วนทางบริษัทฯจะรับซื้อเมล็ดกาแฟในราคากิโลกรัมละ 8 บาท นอกจากนี้ในบางครอบครัวมีการทำนา ทำสวนลิ้นจี่ เป็นต้น

1.3.2.2 รายได้จากการรับจ้างแรงงาน การไปรับจ้างแรงงานกลายเป็นอาชีพหลักอย่างหนึ่งของชาวบ้านในวัยแรงงาน เป็นรายได้ที่นำมาช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างมาก มีลักษณะแรงงาน ดังนี้

แรงงานในพื้นที่ ปัจจุบันโครงการพัฒนาฯ มีการจ้างงานชาวบ้านในพื้นที่มากขึ้น เช่น งานแม่บ้าน โรงงาน ทำสวน ทำไร่ เป็นต้น โดยชาวบ้านจะได้รับค่าจ้างรายวันคนละประมาณ 100-150 บาทต่อวัน

แรงงานนอกพื้นที่ ชาวบ้านบางคนไปรับจ้างแรงงานนอกพื้นที่ เช่น ในอำเภอเมืองเชียงราย กรุงเทพฯ สมุทรปราการ เป็นต้น มีรายได้ประมาณ 80-200 บาทต่อวัน และบางคนไปทำงานยังต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศไต้หวัน โดยเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางประมาณ 100,000-150,000 บาท สัญญาจ้าง 2-3 ปี รายได้ขั้นต่ำประมาณเดือนละ 20,000 บาท ไม่รวมเงินค่าทำงานล่วงเวลา ทำให้มีรายได้ส่งมาจากนอกพื้นที่ ประมาณคนละ 1-2 แสนบาทต่อปี เมื่อหมดสัญญาจ้างแรงงานจะกลับมาทำสัญญาใหม่และชักชวนคนในหมู่บ้านไปทำงานด้วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่อนข้างสูง ทำให้ชาวบ้านบางคนต้องหยิบยืมเงินจากญาติพี่น้อง หรือ บางครอบครัวก็ต้องไปกู้ยืมจากเพื่อนบ้าน เจ้าหนี้ โดยต้องเสียดอกเบี้ยเงินกู้ค่อนข้างสูง

1.3.2.3 รายได้จากการค้าขายของที่ระลึก ชาวบ้านที่ค้าขายของที่ระลึก ให้ข้อมูลว่ารายได้จากการค้าขายไม่แน่นอน โดยรายได้จะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณของนักท่องเที่ยว ซึ่งจะมีมากในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ วันหยุดเทศกาล โดยเฉพาะในช่วงฤดูหนาว

1.3.3 รายจ่าย

ในอดีตรายจ่ายของครอบครัวมีน้อย ผลผลิตจากไร่สามารถเลี้ยงครอบครัวได้ตลอดทั้งปี ชาวบ้านสามารถหาอาหารตามธรรมชาติรอบหมู่บ้าน เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มก็ทำใช้เอง ปัจจุบันความเป็นอยู่ของชาวบ้านเปลี่ยนไปมาก มีการพึ่งพาตลาดภายนอกมากขึ้น

วิถีชีวิตผูกติดกับค่านิยมหลายๆประการ ทั้งที่เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตและสิ่งของฟุ่มเฟือย รายจ่ายหลักของครอบครัวจึงเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น

1.3.3.1 ค่าอาหารสำหรับบริโภค ชาวบ้านส่วนใหญ่จะซื้ออาหาร ข้าวของ เครื่องใช้ต่างๆที่ตลาดตำบลห้วยไคร้ นอกจากนี้ยังมีรถเข็นเข้าไปขายอาหารในหมู่บ้านเป็นประจำทุก 2-3 วัน ทั้งอาหารสำเร็จรูป อาหารสด อาหารแห้ง รวมถึงเครื่องปรุงแต่งรสอาหาร เช่น ผงชูรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น นอกจากนี้ในครอบครัวที่มีเด็กจะมีรายจ่ายค่าขนม อาหารเสริม นม เป็นรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย

1.3.3.2 เครื่องนุ่งห่ม ในอดีตชาวบ้านจะทำเครื่องนุ่งห่มใช้เอง แต่ปัจจุบันค่านิยมในการสวมใส่เสื้อผ้าได้เปลี่ยนไป จึงมีชุดประจำเผ่าเพียงคนละ 1 ชุดสำหรับสวมเฉพาะในพิธีกรรมที่สำคัญ ส่วนเครื่องนุ่งห่มประจำวันก็หาซื้อตามตลาด ชาวบ้านหันมานิยมสวมใส่เสื้อผ้าตามแบบคนพื้นราบ โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นจะมีคนละหลายชุด

1.3.3.3 ค่าไฟฟ้าและอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า เมื่อไฟฟ้าเข้าถึงหมู่บ้าน เครื่องใช้ไฟฟ้าเริ่มเป็นสิ่งต้องการของครอบครัว เช่น โทรทัศน์ พัดลม ตู้เย็น ซึ่งจะพบในเกือบทุกครัวเรือน นอกจากนี้ในบางครอบครัวอาจมีเครื่องเล่นวีดีโอ วีซีดี เครื่องเสียง เครื่องซักผ้า เป็นต้น รวมถึงรายจ่ายจากค่าใช้ไฟฟ้าที่เพิ่มตามมาในแต่ละเดือนอีกด้วย

1.3.3.4 อื่นๆ นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากอดีตอีกมากมาย เช่น

ที่อยู่อาศัย ชาวบ้านมีความเห็นว่าการสร้างบ้านเรือนด้วยเหว้าคาแบบในอดีตเป็นความยุ่งยากที่จำเป็นต้องมีการซ่อมแซมประจำปี ประกอบกับวัสดุในการสร้างบ้านเรือนเริ่มหายาก จึงนิยมสร้างบ้านถาวรที่มีความคงทนมากกว่า ทำให้ต้องซื้อวัสดุก่อสร้างจากภายนอก เช่น ตะปู ปูน กระจก เป็นต้น

ยานพาหนะ ในอดีตที่แหล่งอาหารอยู่ภายในชุมชน จึงไม่ต้องออกไปทำมาหากินไกล สามารถเดินทางได้ด้วยเท้า แต่ในปัจจุบันชาวบ้านพึ่งพาระบบตลาดและมีความรู้สึกรว่าการเดินทางเป็นความเหน็ดเหนื่อยและเสียเวลา จึงขวนขวายที่จะมียานพาหนะสำหรับครอบครัว

1.3.4 การอพยพเคลื่อนย้ายแรงงาน

การออกไปทำงานนอกหมู่บ้านปากถ้ำของชาวบ้านในวัยทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น เนื่องจากค่านิยมที่เปลี่ยนไป การออกไปทำงานนอกหมู่บ้านมีทั้งไปเข้าเียนกลับ และออกไปพักในสถานที่ทำงาน ตลาดแรงงานส่วนใหญ่อยู่ในโครงการพัฒนาออยตุงฯ แต่รายได้หลักของหมู่บ้านได้มาจากแรงงานที่อยู่ในพื้นที่ แม้ว่าปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานยังไม่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการละทิ้ง

คนแก่และเด็กให้อยู่กันตามลำพัง เพราะหมู่บ้านอยู่ใกล้โครงการฯ ผู้ที่ออกมาทำงานสามารถไปเข้าเย็นกลับได้ และครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายที่ละแวกบ้านใกล้เคียงเป็นพี่น้องกัน แต่อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มว่าหนุ่มสาวในหมู่บ้านจะนิยมออกไปทำงานนอกพื้นที่หรือทำงานในต่างประเทศมากขึ้น

1.4 ลักษณะทางการจัดการเมืองการปกครอง

การบริหารชุมชนในหมู่บ้าน อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1.4.1 การปกครองตามจารีตประเพณี ผู้นำตามจารีตประเพณีประกอบด้วย

เหยื่อมะ คือผู้นำด้านศาสนา เป็นตำแหน่งหัวหน้าพิธีกรรมของหมู่บ้าน มีการสืบทอดตามสายตระกูล เป็นผู้ที่ดูแลและเป็นผู้นำในการประกอบพิธีที่สำคัญ ในแต่ละรอบปี ชาวอาข่าจะมีพิธีกรรมต่างๆอย่างน้อย 9 ครั้ง โดยเหยื่อมะจะเป็นผู้รู้ขั้นตอน กระบวนการและรายละเอียดของพิธีกรรมเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในหมู่บ้าน ชาวบ้านจะให้ความเคารพเชื่อฟัง นอกจากมีความรู้ความสามารถแล้วเหยื่อมะจะต้องประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในกรอบประเพณี หากประพฤติตัวไม่ดีสมาชิกในหมู่บ้านสามารถถอดถอนออกจากตำแหน่ง และเลือกคนใหม่เข้ารับตำแหน่งแทนได้ สำหรับเหยื่อมะคนปัจจุบันมาจากเชียงตุง ประเทศพม่า ทั้งนี้เพราะว่าในหมู่บ้านไม่มีคนเหมาะสมสำหรับตำแหน่งนี้

อาบ้อ กลุ่มผู้อาวุโสในหมู่บ้าน เกิดจากการรวมตัวกันของผู้เฒ่าของแต่ละตระกูลในหมู่บ้านให้ชาวบ้านให้การยอมรับนับถือว่าเป็นผู้รู้ มีประสบการณ์ มีความรู้ทางด้านพิธีกรรม และเป็นคนดี จึงมีบทบาทสำคัญในหมู่บ้านตลอดจนในงานประเพณีพิธีกรรมต่างๆ

เบี้ยะหม่อ (คนทรงผู้ชาย) หรือ **ยี่ผ่า** (คนทรงผู้หญิง) คือผู้ที่ทำหน้าที่ติดต่อกับวิญญาณของผู้ที่ไม่สบายหรือคนตาย เป็นผู้วินิจฉัยโรคที่ไม่ทราบสาเหตุหรืออาการที่ไม่บ่งชัดว่าเป็นโรคใดด้วยการเข้าทรง ในขณะที่เดียวกันก็จะบอกวิธีการบำบัดรักษาให้หมอผีหรือหมอสมุนไพรเพื่อทำการรักษาตามอาการต่อไป การเป็นคนทรงไม่ได้สืบทอดตามสายสกุล แต่อาจเป็นได้โดยการเรียนรู้และการประทับเข้าทรง โดยเชื่อว่าคนทรงจะได้รับการกำหนดจากเทพ เมื่อเทพต้องการให้ใครเป็นร่างทรงก็จะไปเข้าฝันหรือทำให้บุคคลนั้นมีอาการเจ็บไข้ไม่สบายบ่อยๆ รักษาอย่างไรก็ไม่หาย เมื่อไปพบคนทรงเพื่อหาสาเหตุของความเจ็บป่วยก็มักพบว่าเทพต้องการให้เป็นร่างทรงเพื่อติดต่อกับวิญญาณ การวินิจฉัยโรคของคนทรงจะต้องทำพิธีในเวลากลางคืน โดยต้องท่องบทสวดเกือบตลอดทั้งคืน เริ่มจากมีการรวมตัวของญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยและผู้อาวุโสคนอื่นๆในหมู่บ้าน ภายหลังจากรับประทานอาหารเย็นร่วมกันเสร็จแล้วจึงจะเริ่มพิธี ด้วยการใช้เครื่องเซ่นไหว้และของใช้ของผู้ป่วยวางอยู่บริเวณที่ประกอบพิธี หลังจากนั้นคนทรงจะทำพิธีเชิญเทพมาร่วมพิธีกรรม ด้วยการประทับทรงในร่างของคนทรง โดยที่เทพจะกล่าวถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

พิมะ (หมอผี) คือผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการประกอบพิธีกรรมในการขับไล่ผีและการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของผี หรืออาการเจ็บป่วยอื่นที่มีสาเหตุไม่เด่นชัด เคยรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หาย การประกอบพิธีเช่นไหว้ผีจะมีเครื่องเช่นไหว้ต่างๆ เช่น ไก่ หมู สุนัข ไข่ต้ม เหล้า ซา ตามแต่ที่หมอผีจะกำหนด ซึ่งก็จะขึ้นอยู่กับผีที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย หมอผีจะต้องเป็นคนดี มีความรู้ความสามารถทางด้านพิธีกรรม ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด และเป็นที่ยอมรับนับถือของสมาชิกในชุมชน อย่างไรก็ตามแม้ว่าหมอผีจะมีความสามารถมากเพียงไรก็ตาม แต่หากประพฤติตัวไม่เหมาะสมชาวบ้านก็จะไม่มาใช้บริการ

หมอสมนไพร (หมอยา) ทำหน้าที่รักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆด้วยยาสมุนไพร ซึ่งมักจะเป็นการรักษาอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุระบุได้ชัดเจนตามอาการของโรคที่เห็นได้เด่นชัด หรือมีเหตุปัจจัยภายนอกมากระทำต่อร่างกาย เช่น อุบัติเหตุ โรคติดเชื้อ เป็นไข้ ปวดฟัน ในการรักษามักใช้คาถาอาคมร่วมด้วย

ในอดีตหมู่บ้านเป็นหน่วยสังคมเบื้องต้นในการประกอบกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นศูนย์กลางของการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ชาวบ้านทุกคนมีอิสระในการดำรงชีวิตภายใต้กฎเกณฑ์ของจารีตประเพณีที่กำหนดให้ทุกคนในหมู่บ้านยอมรับ มีความศักดิ์สิทธิ์ องค์การตามจารีตประเพณีจะมีบทบาทมากในชุมชน มีข้อห้ามข้อปฏิบัติต่างๆเป็นเสมือนกฎหมายปกครองชุมชน รวมทั้งมีพิธีกรรมเป็นศูนย์รวมของการบริหารชุมชน ทั้งทางด้านจิตใจและการร่วมมือของสมาชิกในชุมชน แต่ในปัจจุบันองค์กรนี้ได้ถูกกลดบทบาทลงด้วยรูปแบบการปกครองที่ทางราชการเป็นผู้กำหนดให้

1.4.2 ผู้นำทางราชการ จะมีผู้นำที่ได้รับการแต่งตั้งจากทางราชการตามการปกครองของท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทย โดยมีกำนัน สารวัตรกำนันและคณะกรรมการหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลความสงบเรียบร้อยในหมู่บ้าน ประสานงานระหว่างหมู่บ้านกับทางราชการ มีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 คน ทำงานร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้านในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการพัฒนาหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่จากฝ่ายพัฒนาสังคมสำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาอยตุงฯ ซึ่งจะทำหน้าที่ประสานงานส่งเสริมพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตของชาวบ้าน และมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาสังคมของโครงการฯ ประจำในหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ 1 คนรับผิดชอบหมู่บ้าน 5 หมู่บ้าน ผู้นำทางราชการจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ แม้ว่ากำนันคนปัจจุบันจะไม่ใช่ยอมรับจากชาวบ้านมากนัก แต่เนื่องจากเป็นชาวบ้านกลุ่มแรกๆที่ย้ายเข้ามาในหมู่บ้าน และเป็นคนที่สามารถอ่านออกเขียนได้พอสมควร จึงได้รับการแต่งตั้งในครั้งนั้น

1.5 ลักษณะทางสังคม

1.5.1 โครงสร้างทางด้านสังคม

1.5.1.1 ประเภทของครอบครัว

ในสังคมของชาวอาข่าจะเป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูกชาย ลูกสาว และครอบครัวของลูกชาย (Stem family) ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นครอบครัวของลูกชายคนเล็ก หรืออาจเป็นลูกชายคนโตก็ได้เพื่อจะได้อยู่ดูแลพ่อแม่ที่แก่ชรา ส่วนลูกชายคนโตก็มักจะแยกครอบครัวออกไปสร้างบ้านอยู่บริเวณพื้นที่เดียวกันหรือบริเวณใกล้เคียง มีลักษณะของครอบครัวเดี่ยวที่ไม่เป็นอิสระ (Dependent nuclear family) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวขยายที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เนื่องจากญาติพี่น้องยังคงตั้งบ้านเรือนบริเวณใกล้เคียงกัน โดยมีแนวโน้มว่าครอบครัวต้องการแยกตัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

ในอดีตแต่ละครอบครัวจะมีลูกหลายคนโดยเฉพาะลูกผู้ชาย เพื่อสำหรับสืบสกุล ประกอบพิธีทางศาสนาในครอบครัวที่นับถือศาสนาผี และเป็นแรงงานในไร่นาที่สำคัญของครอบครัวต่อไป แต่ครอบครัวในปัจจุบันเริ่มมีความต้องการมีลูกเพียง 2-3 คน ชาวอาข่าจะให้ความสนใจและเอาใจใส่ในเด็ก ดังจะเห็นได้จากการตั้งหมู่บ้านที่ค้ำเนินถึงสนามที่กว้างพอสำหรับประกอบพิธีกรรมและเป็นที่เล่นของเด็ก นอกจากนี้เด็กที่เกิดใหม่จะต้องผ่านพิธีกรรมมากมายเพื่อให้บรรพบุรุษคุ้มครองเด็ก ซึ่งจะขอล่าวให้เห็นภาพที่ชัดเจนดังนี้

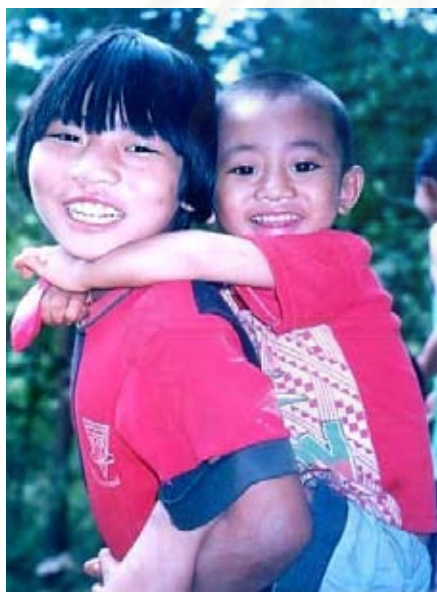
เด็กในครรภ์ หญิงชาวอาข่าที่ตั้งครรภ์จะปฏิบัติตัวทุกอย่างเหมือนตอนก่อนตั้งครรภ์ เพราะถือว่าไม่ใช่คนเจ็บป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ยังคงทำงานตามปกติ ทั้งการทำสวนขุดดิน การเดินเป็นระยะทางไกลๆ ชาวอาข่าเชื่อว่าการทำงานหนักจะทำให้ลูกที่คลอดแข็งแรง ในปัจจุบันหญิงมีครรภ์จะไปฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยและคลอดที่โรงพยาบาล ไม่มีการคลอดด้วยหมอตำแย เพราะชาวบ้านมีความเชื่อมั่นและยอมรับว่าเด็กที่คลอดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลจะมีการตายของทารกน้อยกว่าการคลอดโดยหมอตำแยและต้องการหลักฐานการเกิดเพื่อนำไปพิสูจน์สัญชาติ เด็กแรกคลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัม ซึ่งจากข้อมูลของสถานีอนามัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา พบว่า แนวโน้มของทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัมมีมากขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้มีจำนวน 1 คนที่น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัมและเด็กจำนวน 2 คนที่มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในช่วง 2,500-3,000 กรัม ภายหลังคลอดแม่ต้องระวังเรื่องอาหาร มีข้อห้ามไม่ให้กินอาหารแสลงหลายชนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน เช่น อาหารรสเผ็ด ไก่ขาว เนื้อสัตว์ป่า เนื้อโคกระบือ เป็นต้น ข้อห้ามเหล่านี้มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่อสุขภาพของแม่ ซึ่งเชื่อว่าจะส่งผลถึงลูกที่เลี้ยงด้วยนมแม่

ทารกหลังคลอด ภายหลังการคลอดและทารกกลับบ้านแล้วจะมีพิธีรับขวัญเด็ก โดยการใช้ด้ายผูกข้อมือรับขวัญ ในบางรายนิยมใช้ถุงสมุนไพรผูกไว้ที่คอของเด็ก เพราะเชื่อว่าจะทำให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงและมีพลังช่วยป้องกันผีร้าย หลังจากนั้นจึงจะให้ลูกกิน

นมแม่ โดยส่วนใหญ่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนกระทั่งเด็กกินข้าวได้ ซึ่งจะมีอายุประมาณ 1 ปี หรือจนกระทั่งแม่จะตั้งท้องลูกคนใหม่

เด็กก่อนวัยเรียน เมื่อเด็กอายุประมาณ 2.5 ปีขึ้นไปก็จะส่งไปศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนเนื่องจากมารดาต้องประกอบอาชีพ และเด็กอยู่ในวัยซน ผู้สูงอายุในครอบครัวมักเลี้ยงไม่ไหว ในระหว่างช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์หรือปิดเทอมแม่จะมอบหมายให้พี่สาวที่อายุ 7-8 ปีขึ้นไปทำหน้าที่ดูแลน้อง โดยแม่จะไปประกอบอาชีพทำไร่ทำสวนและค้าขาย ซึ่งในวันหยุดสัปดาห์จะมีนักท่องเที่ยวค่อนข้างมาก หรือหากไม่มีเด็กหญิงก็จะให้เด็กชายเป็นผู้ดูแลน้อง เด็กจึงเริ่มติดตามพี่ไปเล่นกับเด็กคนอื่นๆ ในหมู่บ้าน สำหรับสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง มีเด็กหนึ่งคนที่มีพัฒนาการทางสติปัญญาช้ากว่าปกติ และเด็กจำนวน 2 คนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ในระดับ 1

ภาพที่ 7 เด็กชาวอาข่า



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5.1.2 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

ชาวอาข่าจะสืบเชื้อสายทางบิดาเป็นสำคัญ ผู้ชายที่อาวุโสสูงสุดจะเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อมีการทำพิธีทางศาสนาต่างๆของครอบครัวจะทำหน้าที่เหมือนเป็นหัวหน้าพิธีกรรม สำหรับหญิงชาวอาข่าเมื่อแต่งงานไปแล้วก็ต้องขาดจากสกุลเดิมของตนและมารับสกุลใหม่ของฝ่ายชาย ซึ่งจะต้องเคารพและเชื่อฟังญาติของฝ่ายชาย ทำให้ครอบครัวชาวอาข่าในอดีตไม่นิยมลงทุนหรือเสียค่าใช้จ่ายกับลูกสาวมากนัก เพราะถือว่าผู้หญิงต้องไปเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวสามีหลังแต่งงาน ยิ่งไปกว่านั้นบทบาทของผู้หญิงคือแม่บ้าน จึงไม่จำเป็นต้องเรียนหนังสือ เพียงแต่สอนให้รู้จักทำงานบ้านก็เพียงพอแล้ว ดังนั้นลูกสาวจึงมักไม่ได้รับการศึกษา ภายหลังจากการแต่งงานฝ่ายหญิงต้องย้ายไปอยู่กับครอบครัวของสามี

อย่างไรก็ตามผู้หญิงในวัย 30 ปีขึ้นไป ที่ได้แยกครอบครัวมาตั้งบ้านเรือนใหม่ จะมีสถานภาพเป็นภรรยาหัวหน้าครัวเรือน ผู้หญิงในวัยนี้ชาวอาข่าถือว่าเป็นผู้ใหญ่เต็มที่แล้ว จะมีหน้าที่เก็บรักษาและดูแลการใช้จ่ายในครัวเรือน เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีรายได้หรือทรัพย์สินเงินทองมักให้ภรรยาหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้ดูแลเก็บรักษา เพราะฝ่ายชายมักต้องเข้าป่าเพื่อเก็บของป่าหรือเดินทางมายังในเมืองเพื่อแลกเปลี่ยนสิ่งของที่จำเป็น นอกจากนี้ภรรยาหัวหน้าครัวเรือนจะได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครัวเรือน ดังนั้นจึงมักจะเป็นผู้ควบคุมและตัดสินใจเรื่องภายในครอบครัว เช่น เรื่องเศรษฐกิจ เรื่องสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ในปัจจุบันผู้หญิงชาวอาข่ามีสถานภาพและบทบาทที่สูงกว่าเดิม ผู้หญิงรุ่นใหม่มีโอกาสได้รับการศึกษาเท่าเทียมกับผู้ชาย มีสิทธิในการเลือกคู่ครองเอง สามารถประกอบอาชีพนอกบ้านได้ โดยในแต่ละครอบครัวต่างต้องการที่จะเก็บเงินไว้ใช้จ่ายด้วยตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตามหน้าที่ในการทำงานบ้านยังคงเป็นภาระรับผิดชอบของผู้หญิง โดยต้องแบกภาระการทำงานอย่างหนักตั้งแต่เช้าจรดค่ำ ทั้งภาระในครัวเรือนและภาระทางการเงิน

1.5.1.3 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในหมู่บ้าน

คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ภายในหมู่บ้านมีสมาชิกที่ประกอบด้วยสกุลต่างๆประมาณ 5 สายตระกูล เช่น ตระกูลยาแบ่งกู่ ซึ่งเป็นชาวบ้านกลุ่มแรกๆ ที่ย้ายเข้ามาอาศัยในหมู่บ้าน โดยมีเครือญาติในหมู่บ้านประมาณ 38 หลังคาเรือน และตระกูลหม่อปอ กู่ เป็นต้น ซึ่งผู้นำตระกูลเหล่านี้มีหน้าที่เคารพและมีบทบาทในชุมชน

การพบปะทำกิจกรรมของชาวบ้านมีทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ การรวมตัวอย่างเป็นทางการเป็นลักษณะการขอความร่วมมือจากชาวบ้าน เช่น การส่งตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คนในทุกวันศุกร์เวลา 06.00 น. เพื่อร่วมกันทำความสะอาดบริเวณหมู่บ้าน หากหลังคาเรือนใดขาดหรือติดธุระมาไม่ได้ต้องถูกปรับเงิน 10 บาทต่อครั้ง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทางราชการให้รวมกลุ่มกัน แต่จากการสังเกตพบว่าไม่ประสบความสำเร็จ

เท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากกลุ่มพัฒนาสตรีของหมู่บ้านที่เดิมทางราชการเคยส่งเสริมให้รวมกลุ่มสมาชิกแม่บ้าน เพื่อรวมตัวกันทำกิจกรรม เช่น ทอผ้า ฝึกอาชีพหัตถกรรมต่างๆ มีการสร้างอาคารสถานที่ถาวรในหมู่บ้านแต่ปัจจุบันได้ปิดไป ไม่มีกิจกรรมใดๆ ส่วนการรวมตัวอย่างไม่เป็นทางการนั้น มาจากการรวมกลุ่มพูดคุยกันขณะที่ไปประกอบอาชีพตามร้านค้าหรือทำไร่ทำสวน ชาวบ้านจะสนิทสนมมีความสัมพันธ์เป็นญาติพี่น้องกัน เพื่อนบ้านในละแวกเดียวกันจะรับทราบความเป็นอยู่ ตลอดจนถ่ายทอดความรู้ ความคิด มีการไปมาหาสู่กันอย่างสม่ำเสมอ มีบทบาทในการเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดังจะเห็นได้จากเมื่อมีพิธีกรรมต่างๆ เช่น ทำบุญบ้าน งานศพ แต่ละครัวเรือนในหมู่บ้านจะส่งตัวแทนมาช่วยเหลือกันเกือบตลอดทุกวันที่มีพิธีกรรม

1.5.1.4 การขัดเกลาทางสังคม

ในอดีตเด็กที่อยู่ในวัยทารกจนถึงอายุ 7-8 ปี ทั้งหญิงและชายจะอยู่ในความดูแลและอบรมสั่งสอนของแม่เป็นส่วนใหญ่ มีการติดตามแม่ไปทำไร่ทำสวนด้วย เมื่อเด็กเริ่มมีอายุประมาณ 7-8 ปีขึ้นไป แม่จะเริ่มสอนให้เด็กหญิงรู้จักหน้าที่การงานของหญิง เช่น การทำอาหาร เย็บปักถักร้อย ช่วยค้าขาย และโดยเฉพาะหน้าที่เลี้ยงน้องซึ่งจะเป็นหน้าที่หลัก หากครอบครัวไหนไม่มีเด็กหญิงก็จะให้เด็กชายเป็นผู้ดูแลน้องระหว่างที่พ่อแม่ไปทำงาน สำหรับเด็กชายพ่อแม่จะเริ่มสอนให้ทำไร่ ทำสวน ตกปลา นอกจากพ่อแม่จะมีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูแล้ว ญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา มีส่วนในการอบรมเลี้ยงดูเช่นกัน โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่ทั้งพ่อและแม่จำเป็นต้องออกไปทำงานซึ่งไม่สามารถนำเด็กไปเลี้ยงดูด้วย หน้าที่นี้จึงเป็นหน้าที่ของผู้อาวุโสที่จะอยู่เฝ้าบ้านคอยดูแลและอบรมสั่งสอนเด็กแทน และเมื่อเด็กถึงวัยที่สามารถเข้าโรงเรียนได้ หน้าที่นี้จึงเป็นหน้าที่ของครู ผู้ปกครองบางคนถึงกับให้ความเห็นว่าทางโรงเรียนควรมีการเรียนการสอนทุกวัน เนื่องจากผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลบุตรหลาน

1.5.2 ศาสนาและความเชื่อ

ชาวอาข่าในหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังคงนับถือผี มีความเชื่อในเรื่องพลังเหนือธรรมชาติ จิตวิญญาณ ภูตผี สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และเทพเจ้า ระบบความเชื่อจะเป็นพลังในการเสริมสร้างความร่วมมือขึ้นในชุมชน โดยมีพิธีกรรมเป็นศูนย์รวมของชุมชน ในอดีตวิถีชีวิตของชาวอาข่าจะผูกพันอยู่กับการประกอบพิธีกรรมของครอบครัวและชุมชนตลอดทั้งปี

เดิมสังคมอาข่าปลูกฝังให้ทุกคนต้องเคารพและเชื่อฟังคำสั่งสอนของบรรพบุรุษ หากไม่เชื่อถือและไม่ปฏิบัติตามจะเกิดภัยพิบัติแก่ตนเอง ทุกคนจึงเชื่อฟังและสืบทอดความเชื่อนี้กันต่อมา ในรอบปีมีพิธีกรรมที่ชาวอาข่าต้องถือปฏิบัติมากมาย โดยผู้อาวุโสจะสามารถจดจำและถ่ายทอดให้รุ่นลูกหลาน ชาวอาข่าจะเคารพและให้เกียรติผู้อาวุโส อย่างไรก็ตามชาวบ้านบางคนได้ให้ข้อสังเกตว่า เยาวชนอาข่าขาดความรู้ความเข้าใจในวิถีชีวิต และพิธีกรรมประเพณี มี

ความขัดแย้งกับพ่อแม่ในเรื่องความเชื่อ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง

1.5.3 ประเพณีและพิธีกรรม พิธีกรรมของอาช่าจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.5.3.1 พิธีกรรมของครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นพิธีที่สำคัญเกี่ยวกับการเกิด การแต่งงาน ความเจ็บป่วย พิธีเรียกขวัญ พิธีสะเดาะเคราะห์ พิธีทำบุญบ้าน พิธีเลี้ยงผีบรรพบุรุษ เป็นต้น พิธีดังกล่าวจะเป็นพิธีกรรมของครอบครัวหรือของบุคคล ถ้าพิธีกรรมเล็ก ผู้ประกอบพิธีกรรมจะเป็นหัวหน้าครอบครัว หากเป็นพิธีกรรมใหญ่ผู้ที่ประกอบพิธีจะเป็นหมอผีประจำหมู่บ้าน

1.5.3.2 พิธีกรรมของชุมชน เป็นพิธีกรรมรวมของเผ่า ซึ่งแต่ละหมู่บ้านจะจัดไม่พร้อมกัน ขึ้นอยู่กับหย่อมะ (หัวหน้าพิธีกรรม) ของแต่ละหมู่บ้านเป็นผู้กำหนดวันดีในการประกอบพิธีกรรม ในรอบปีจะมีพิธีกรรมต่างๆดังนี้

พิธีฉลองปีใหม่ (ปีใหม่ลูกข้าง) จัดขึ้นในเดือนสุดท้ายของปี ในช่วงประมาณเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม หลังจากที่ทุกครอบครัวเก็บเกี่ยวข้าวไร่เสร็จ โดยหย่อมะจะกำหนดวันดีในการประกอบพิธีกรรมจำนวน 4 วัน มีการเซ่นไหว้ผีบรรพบุรุษ เลี้ยงฉลองการสิ้นสุดงานในไร่ เช่นไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการทำมาหากิน และขอพรต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์สำหรับปีต่อไป ในวันที่ประกอบพิธีทุกคนจะต้องหยุดงานในไร่มาร่วมพิธีกรรม

พิธียะอูมิ (ปีใหม่ไข่ไก่) จัดขึ้นในราวเดือนเมษายนของทุกปี พิธีจัดขึ้นเพื่อเซ่นไหว้ผี ถือเป็นงานสำหรับเด็กๆ แต่ละครัวเรือนจะนำไข่ไก่ย้อมด้วยหัวพืชชนิดหนึ่งให้เปลือกไข่เป็นสีแดง นำมาต้มเพื่อทำพิธีเลี้ยงผีบรรพบุรุษ หลังจากนั้นจะให้เด็กๆนำไปแจกจ่ายแก่เพื่อนฝูงหรือคนรู้จัก และจะมีการละเล่นโดยนำไข่ต้มทั้งเปลือกนั้นมาชนกัน เป็นการละเล่นที่สนุกสนานของเด็ก ส่วนไข่ที่เหลือจากการชนจะนำมาแบ่งให้เด็กๆกิน

พิธีลกข่อตุ๋เออะ จัดขึ้นในช่วงเดือนเมษายนหรือเดือนพฤษภาคม เป็นพิธีสร้างประตูหมู่บ้านซึ่งจะสร้างใหม่ทุกปีโดยกลุ่มผู้ชายอาวุโสของหมู่บ้าน ชาวบ้านเชื่อว่าประตูหมู่บ้านจะสามารถป้องกันผีร้ายที่จะเข้ามารบกวนหรือทำอันตรายคนในหมู่บ้าน

พิธีขุ่มสิขุ่มมิ จัดขึ้นในช่วงเดือนเมษายน ถัดจากวันที่ทำประตูหมู่บ้าน เป็นพิธีเลี้ยงผี ชาวบ้านจะเซ่นไหว้บรรพบุรุษ ผีป่า และบรรดาผีทั้งหลายก่อนการทำไร่ปลุกข้าว โดยมีความเชื่อว่าจะต้องเซ่นไหว้ผีเพื่อป้องกันการถูกรบกวนในฤดูกาลที่ออกไปทำไร่

พิธีปลุกข้าว จัดขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม เป็นช่วงที่คนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านได้เตรียมที่สำหรับปลุกข้าวไร่ เมื่อฝนตกจึงเริ่มพิธีได้ ประเพณีมีความหมายคล้ายพิธี

จรดพระนังคัลแรกนาขวัญของไทย ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้ปลูกข้าวไร่แล้ว แต่ชาวบ้านยังคงประกอบพิธีนี้ โดยแบ่งพื้นที่ทำการเกษตรปลูกข้าวประมาณ 4-5 ไร่

พิธีไล่ชิงช้า จัดขึ้นในช่วงเดือนสิงหาคมหรือกันยายน เป็นพิธีที่จัดขึ้นเพื่อบูชาเทพธิดาผู้ประทานความอุดมสมบูรณ์ให้แก่พืชผลในไร่ พิธีนี้มีกำหนด 4 วัน ชาวบ้านมาชุมนุมฉลองเทศกาลก่อนที่จะลงมือเก็บเกี่ยวผลผลิตในพืชไร่

พิธียอลาหลาเออะ จัดขึ้นภายหลังพิธีไล่ชิงช้า โดยจัดที่บ้านของหย่อมะ ผู้อาวุโสจะมาร่วมรับประทานอาหารที่บ้านของหย่อมะ และปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาในการประกอบอาชีพ ปัญหาในหมู่บ้านในช่วงปีที่ผ่านมา

พิธีถอนขนไก่ จัดขึ้นในราวเดือนสิงหาคมถึงกันยายน เป็นพิธีที่เชิญผีบรรพบุรุษ 7 ชั่วคนมาร่วมพิธีเพื่อดูว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาใครในครอบครัวที่เกิดและตาย สมาชิกในบ้านจะต้องอยู่พร้อมหน้าทั้งหมด เพราะเชื่อว่าวิญญาณของบรรพบุรุษจะมาเยี่ยมและนับดูว่าขณะนี้สมาชิกในบ้านกี่คน

พิธีส่งผี จัดขึ้นในช่วงปลายฤดูฝนราวเดือนตุลาคม เป็นพิธีไล่ผีร้ายออกจากหมู่บ้าน ชาวบ้านมีความเชื่อในช่วงฤดูฝนอาจมีผีร้ายเล็ดลอดมากับน้ำและลมเข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน พิธีจะเริ่มจากให้เด็กเก็บรวบรวมดวงจากทุกบ้านมารวมไว้ที่บ้านของหย่อมะ ในช่วงเวลาบ่ายหย่อมะจะนำชาวบ้านออกไปไล่ผีตามบ้านเรือน มีการทำเสียงอึกที่กด้วยการตีฆ้อง กลองและยิงปืน เพื่อให้ผีตกใจและเตลิดออกไปจากหมู่บ้าน

พิธีกินข้าวใหม่ จัดขึ้นในช่วงระหว่างปลายเดือนกันยายนถึงต้นเดือนตุลาคมเมื่อข้าวในไร่เริ่มสุก ชาวอาข่าทุกครัวเรือนจะเก็บข้าวมาจากไร่ประมาณ 3 ไร่สำหรับให้ผีบรรพบุรุษ พิธีนี้จะให้ผู้อาวุโสของครอบครัวกินข้าวใหม่ก่อน เพื่อความเป็นสิริมงคลแก่ลูกหลาน

สังคมชาวอาข่ามีพิธีกรรมต่างๆมากมาย คนภายนอกหรือเด็กชาวอาข่ารุ่นใหม่บางคนอาจมองว่าเป็นสิ่งสิ้นเปลือง เสียเวลาและงมงาย แต่หากมองในมุมกลับ ประเพณีเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ชาวบ้านมาพบปะปรึกษากันในครอบครัวและชุมชน มาร่วมรับรู้ทุกข์สุขของคนในหมู่บ้าน ร่วมมือช่วยเหลือเกื้อกูลพึ่งพาอาศัยกัน ทำให้เกิดความผูกพัน ความสามัคคี มีความภาคภูมิใจและเคารพต่อความเชื่อและวัฒนธรรมที่บรรพบุรุษถ่ายทอดมา อย่างไรก็ตามเนื่องจากอิทธิพลของสังคมเมือง ทำให้จำเป็นต้องเร่งประกอบอาชีพ เร่งหารายได้จุนเจือครอบครัว รวมถึงระบบการศึกษาตามหลักสูตรกลางของกระทรวงศึกษาธิการที่แยกเด็กออกจากสังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิม จึงทำให้ความสำคัญของประเพณี ความเชื่อ และพิธีกรรมเหล่านี้ค่อยๆ

1.5.4 การแต่งกาย

เดิมชาวบ้านจะปลูกฝ้าย ทอผ้าและปลูกต้นครามไว้ใช้ย้อมผ้าเอง ผู้หญิงอาข่าจะเตรียมเสื้อผ้าชุดประจำเผ่าไว้ให้สมาชิกทุกคนในบ้าน ผู้หญิงชาวอาข่าจะนุ่งกระโปรงสีดำ ชายกระโปรงสั้นเหนือเข่า มีจีบรอบเอว มีผ้าคาดอกเป็นลวดตัวใน ส่วนลวดตัวนอกเป็นลวดคอกกลม ผ่าหน้าแขนยาวทรงกระบอก ที่แขนปักลายเป็นลวดลายสีล้วนสวยงาม ชาวลอมมีอาข่าจะสวมหมวกเงินที่มีด้านหน้าเป็นรูปทรงกลม ด้านหลังเป็นแผงสั้นๆทำด้วยเงินแท้ หญิงสาวชาวอาข่าที่มีฐานะดี จะใส่ห่วงคอทำด้วยเงินหลายๆห่วงพร้อมกับประดับเหรียญเงินที่หน้าอกหลายอัน ในปัจจุบัน วัฒนธรรมของคนพื้นราบได้แผ่กระจายเข้าไปในชุมชนทำให้ชาวอาข่านิยมแต่งกายแบบคนพื้นราบ จะมีเฉพาะคนสูงอายุเท่านั้นที่ยังคงแต่งกายแบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตามวิถีกรรมหรือประเพณีที่สำคัญ ๆ เช่น งานปีใหม่ งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น ชาวอาข่าส่วนใหญ่จะยังคงแต่งชุดประจำเผ่า

ภาพที่ 8 การแต่งกายของชาวอาข่า



1.5.5 ภาษา

ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารในหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังคงเป็นภาษาอาข่า ชาวอาข่ามีภาษาพูดเป็นของตนเอง แต่ไม่มีภาษาเขียน นอกจากบางคนอาจเรียนรู้การใช้ตัวหนังสือตามแบบที่หมอสอนศาสนาสอนให้ มีเสียงสูงต่ำและพยางค์ตัวสุดท้ายมักมีเสียงควบกล้ำที่ออกเสียงยากมาก คำบางคำอาจมีรากศัพท์มาจากภาษาอื่น เช่น ภาษาจีน พม่า ไทยใหญ่ และไทยภาคเหนือ ซึ่งส่วนใหญ่น่าจะได้รับอิทธิพลมาจากพม่าและจีน ในปัจจุบันเนื่องจากชาวอาข่ามีการติดต่อกับคนพื้นราบ มีการสัมผัสกับชนชาติอื่นๆ ได้รับการศึกษาในระบบการศึกษาภาคบังคับ และมีโอกาสดูโทรทัศน์มากขึ้น ชาวอาข่าจึงสามารถพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามมีผลทำให้เด็กมีการใช้และเข้าใจในภาษาดั้งเดิมลดลง

1.5.6 วิถีชีวิตประจำวัน

ในอดีตวิถีชีวิตของชาวอาข่าเป็นชีวิตที่เรียบง่าย ผูกพันกับงานกสิกรรม ดังนั้นวิถีชีวิตจึงไม่เร่งรีบแข่งกับเวลา ในแต่ละวันจะหมดไปกับการทำงานในไร่ในสวน หากมีเวลาว่างจะเย็บปักถักร้อย หญิงชาวอาข่าจะตื่นแต่เช้าตั้งแต่พระอาทิตย์ยังไม่ขึ้นเพื่อทำงานบ้าน ก่อไฟประกอบอาหาร อาหารมื้อเช้าถือเป็นอาหารมื้อที่สำคัญ ต้องหุงข้าวและเตรียมอาหารห่อสำหรับมื้อกลางวัน หลังจากนั้นจะรับประทานอาหารเช้า พอพระอาทิตย์ขึ้น สมาชิกจะแยกย้ายกันไปทำงานในไร่ในสวน ตกเย็นกลับจากไร่จึงจะอาบน้ำและเริ่มทำอาหารมื้อเย็น หลังจากนั้นจึงเข้านอนตั้งแต่หัวค่ำ

ในปัจจุบันวิถีชีวิตเปลี่ยนไป วัยแรงงานส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้าง ส่วนเด็กจะไปโรงเรียน เวลาจึงเป็นปัจจัยที่ตัวกำหนดวิถีชีวิต ช่วงเวลากลางวันหมู่บ้านจะเงียบเหงาตามบ้านจะมีเพียงเด็กเล็กและผู้หญิงแก่งเย็บปักถักร้อย ในเวลาเย็นประมาณ 16.00 น. เด็กนักเรียนจึงจะกลับจากโรงเรียน ไปวิ่งเล่น ดูโทรทัศน์เป็นกลุ่มที่บ้านของเพื่อน จนกระทั่งเวลาประมาณ 17.00-18.00 น. ผู้ใหญ่ที่ออกไปทำงานจึงจะกลับถึงหมู่บ้าน อาบน้ำชำระร่างกาย ผู้ปกครองมักจะให้เด็กๆ อาบน้ำกันเอง หลังจากนั้นมารดาจะทำงานบ้านและดูแลทำอาหารให้กับสมาชิกครอบครัว และจะเริ่มรับประทานอาหารเย็นเวลาประมาณ 19.00-20.00 น. หลังจากนั้นชาวบ้านส่วนใหญ่จะดูโทรทัศน์แล้วจึงเข้านอนในเวลาประมาณ 22.00 น.

1.5.7 วิถีชีวิตในรอบปี

ในช่วงเดือนธันวาคมถึงเดือนพฤษภาคม จะเป็นช่วงเทศกาลท่องเที่ยวมีนักท่องเที่ยวมาเยี่ยมชมที่ดอยตุงเป็นจำนวนมาก ผู้หญิงแม่บ้านจึงออกไปค้าขายของที่ระลึกตามแหล่งท่องเที่ยวตั้งแต่เวลา 7.30- 17.00 น. โดยจะพาเด็กเล็กต่ำกว่า 2 ปีไปด้วย ส่วนเด็กที่โตกว่านั้นจะให้เข้าโรงเรียน ส่วนเด็กอายุ 8-9 ปีโดยเฉพาะเด็กหญิงจะมาช่วยขายของหรือดูแลน้องในช่วงหลังเลิกเรียนหรือระหว่างปิดภาคการศึกษา

ส่วนในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน จะเป็นช่วงเพาะปลูกพืชทำไร่ทำสวน ชาวอาข่าจะรอให้ฝนตกก่อนจึงเริ่มปลูกพืชผล หลังจากนั้นก็จะดูแล ไล่ปุย กำจัดวัชพืช จนถึงฤดูการเก็บเกี่ยวผลผลิต

1.6 ระบบการแพทย์และสาธารณสุข

1.6.1 ความเชื่อเรื่องเจ็บป่วย สำหรับความเจ็บป่วย ความไม่สบาย ภาษาอาข่าเรียกว่า “ถ่องผ่อง” หมายถึงความผิดปกติ หรืออาการไม่สบาย ความผิดปกติของร่างกาย โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น

1.6.1.1 ขวัญ ชาวอาข่ามีความเชื่อว่า ความเป็นมนุษย์จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ร่างกายและขวัญ ในแต่ละคนจะมีขวัญอยู่ตามส่วนต่างๆของร่างกาย ขวัญสามารถออกจากร่างกายได้ การที่คนเราหลับฝันก็เกิดจากขวัญออกไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ เมื่อขวัญกลับเข้าร่างเราก็จะตื่น หากขวัญออกจากร่างกายแล้วถูกผีจับไว้ไม่สามารถกลับเข้าสู่ร่างกายได้ก็จะเกิดอาการผิดปกติของร่างกาย ซึ่งความเจ็บป่วยจะมากขึ้นกับขวัญที่หายไป หากเจ็บป่วยเล็กน้อยอาจทำพิธีเรียกขวัญและผูกข้อมือ แต่หากขวัญออกจากร่างกายจำนวนมากก็จะมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การรักษาจะต้องมีการทำพิธีเลี้ยงผี หากขวัญออกจากร่างกายหมดผู้ป่วยก็จะตายโดยยี่ผ่า (คนทอง) จะมีคุณสมบัติพิเศษที่สามารถติดต่อกับผีได้จึงสามารถทำนายเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยของโรคที่เกิดจากการกระทำของผีได้

1.6.1.2 การกระทำผิดผี ผีที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้แก่ ผีไม่ดี เช่น ผีน้ำ ผีป่า ผีภูเขา ผู้ป่วยอาจไปกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่ทำให้ผีไม่พอใจ ผีจึงทำให้บุคคลนั้นไม่สบายทั้งกายและใจ ชาวบ้านจะทำพิธีเพื่อเรียกขวัญ ซึ่งอาจทำพิธีเรียกขวัญของบุคคลหรือของครอบครัว

1.6.1.3 เชื้อโรค เป็นความเจ็บป่วยที่แสดงอาการชัดเจน สามารถหาสาเหตุได้ เช่น เป็นไข้ เป็นหวัด ปวดหัว ปวดฟัน ซึ่งคนในครอบครัวสามารถวินิจฉัยและรักษาได้โดยการไช่ยา ซึ่งอาจเป็นยาแผนปัจจุบันหรือสมุนไพรได้โดยไม่ต้องไปหาหมอผี

1.6.1.4 ถูกคุณไสย ทำให้เกิดเจ็บป่วยต่างๆขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับผู้ทำคุณไสย ต้องการให้ป่วยเป็นอะไร หมอผีโดยทั่วไปจะไม่สามารถรักษาได้ ต้องให้คนที่เรียนเวทมนต์คาถาจึงจะสามารถรักษาอาการที่เกิดขึ้นได้

1.6.1.5 การเจ็บป่วยในอดีต เช่น การปวดกระดูก การปวดขา ปวดหลัง มีความเชื่อที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วยในอดีต แม้ว่าในขณะที่เจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนหายสนิทแล้วก็ตาม ความเจ็บป่วยเดิมจะสะสม ทำให้ปรากฏอาการขึ้นอีก เช่น ในกรณีคนที่เคยได้รับการถอนพิษถาวร ชาวอาข่าเชื่อว่าจะมีผลทำให้สายตาฝ้าฟางมองเห็นไม่ชัดเจนในวัยกลางคน เพราะเชื่อว่าเส้นประสาทตาและพินมีความสัมพันธ์กัน

1.6.2 กระบวนการรักษาความเจ็บป่วย เมื่อรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ชาวบ้านจะมีกระบวนการในการรักษา ดังนี้

1.6.2.1 การวินิจฉัยโรค บุคคลที่ทำหน้าที่วินิจฉัยโรคเบื้องต้น ได้แก่ หัวหน้าครอบครัว ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยยาสมุนไพรหรือในปัจจุบันจะรักษาด้วยวิธีการแผนปัจจุบัน หากหัวหน้าครอบครัววินิจฉัยไม่ได้หรือรักษาด้วยวิธีการขั้นต้นไม่หายจึงจะไปหาคนทรงเพื่อวินิจฉัยต่อไป เมื่อคนทรงวินิจฉัยแล้วว่าเกิดจากการกระทำของผี ก็จะแนะนำไปหาหมอผีเพื่อรักษาด้วยการประกอบพิธีกรรม แต่หากวินิจฉัยว่าไม่ได้เกิดจากการกระทำของผีก็จะแนะนำไปหาหมอสมุนไพรรักษาด้วยยา

1.6.2.2 การรักษาความเจ็บป่วย ชาวบ้านจะมีวิธีการรักษาความเจ็บป่วยด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

การรักษาด้วยสมุนไพร ภาษาอาข่าเรียกว่า “บอฉ่อง เฮอะเออะ ยาเก๊า” แปลตามตัวได้ว่า ยาของป่า หรือ ยาที่ได้จากป่า แต่เนื่องจากในปัจจุบันมียาแพทย์แผนใหม่ที่สามารถหาได้ง่าย รับประทานได้สะดวกกว่า รสชาติดีและรักษาให้เป็นปกติได้เร็วกว่า จึงทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรลดน้อยลง แต่ยังคงมีการใช้สมุนไพรในการรักษาพยาบาลในสังคมชาวบ้านบ้าง เช่น “ฮ่อม” (ต้นไม้ที่ใช้ย้อมสีอมฮ่อม) รักษาอาการไข้ในเด็กด้วยการตำให้ละเอียดแล้วพอกยาที่มือและเท้าของเด็กให้มีการระบายความร้อน การใช้ยาสมุนไพรเกี่ยวกับการคลอดบุตร การอยู่ไฟ การขับน้ำนม การผัดเดือน เป็นต้น ความรู้เรื่องสมุนไพรในชาวอาข่าไม่ได้มีศูนย์รวมที่หมอสมุนไพรเพียงคนเดียว ส่วนใหญ่หัวหน้าครอบครัวหรือคนในวัยครองเรือนจะมีความรู้สามารถใช้รักษาอาการพื้นฐานเกือบทุกครัวเรือน ซึ่งความรู้อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตระกูลหรือความสนใจของบุคคล การเรียนรู้ส่วนใหญ่ได้จากการสืบทอดกันมาจากประสบการณ์ของบรรพบุรุษ การใช้สมุนไพรมีหลายวิธีการ เช่น การกินสด ต้มน้ำดื่ม การนำมาบดแล้วทาหรือพอก การประคบ การต้มน้ำอาบ เป็นต้น

การใช้คาถาอาคม ผู้รักษาคือหมออาคม รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากคุณไสย นอกจากนี้อาจต้องใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับคาถาอาคมด้วย เช่น การรักษากระดูกหัก การรักษาบาดแผล หมออาคมจะท่องคาถาระหว่างการปรุงยาและการรักษา การรักษาอาการปวดฟันในอดีตก็เช่นกัน หมออาคมจะใช้เหล็กแหลมฉีดยาแล้วจับบริเวณฟันที่ปวด โดยเชื่อว่าการใช้เหล็กแหลมฉีดยา รักษาอาการปวดฟันต้องใช้คาถาอาคมด้วย

การรักษาด้วยพิธีกรรม ผู้รักษาคือพินะ หรือเบ็ยะหม่อ การรักษาด้วยพิธีกรรมนี้อาจมีการใช้คาถาอาคมร่วมด้วย

การรักษาโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ หากมีอาการแสดงเห็นได้ชัด เช่น ปวดหัว วิงเวียนศีรษะ ปวดตามตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาจรักษาด้วยการนวด การบีบ การใช้มือ ดัดหรือดึง การชูดด้วยขวดที่ลนไฟ เป็นต้น

การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ชาวบ้านส่วนใหญ่จะไปปรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาเห็นผลเร็ว เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น อากาศไข้ เป็นหวัด ท้องเสีย ชาวบ้านส่วนใหญ่จะไปรักษาที่สถานีนามัย โดยให้เหตุผลว่า สะดวกใกล้บ้าน อย่างไรก็ตามมีบางครอบครัวอาจไปปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนที่อยู่ตำบล ห้วยไคร้หรือโรงพยาบาลเอกชนในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย ซึ่งชาวบ้านกลุ่มนี้เชื่อว่า สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลของรัฐใช้ยาไม่มีคุณภาพ ยาไม่แรง บางโรคชาวบ้านต้องการฉีดยา แต่หมอไม่ฉีดยาให้

1.7 การศึกษา

ประมาณปีพ.ศ.2520 เจ้าหน้าที่หน่วยพัฒนาต้นน้ำจากกรมป่าไม้ได้ส่งเสริมการปลูกป่า มีครูมาสอนหนังสือให้เด็กในหมู่บ้าน ต่อมาจึงได้เริ่มจัดตั้งโรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวง สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอแม่ฟ้าหลวงขึ้นในหมู่บ้าน หลังจากนั้นโรงเรียนได้ย้ายมาตั้งอยู่ที่หมู่บ้านมุเซอปากกล้วยในปัจจุบัน โดยมีการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการเรียนการสอนด้วยหลักสูตรกลางของกระทรวงศึกษาธิการ ในปี พ.ศ.2525 รัฐได้เริ่มโครงการศูนย์การศึกษาเพื่อชุมชนในเขตภูเขา (ศศช.) กรมการศึกษานอกโรงเรียนได้จัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้ใหญ่ มีครูอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ชาวไทยภูเขาและผู้และเข้าใจในภาษาไทย ปลูกจิตสำนึกความเป็นพลเมืองไทย เพื่อให้เกิดความจงรักภักดีต่อประเทศ ซึ่งปัจจุบันเด็กๆในหมู่บ้านส่วนใหญ่จะได้เรียนหนังสือจนจบชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 หลังจากนั้นหากผู้ปกครองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ก็จะส่งให้ลูกเรียนในชั้นสูงๆต่อไป ชาวบ้านเริ่มเห็นความสำคัญของการศึกษา เพราะหนุ่มสาวและวัยแรงงานออกไปทำงานนอกหมู่บ้านมากขึ้น ผู้มีวุฒิการศึกษาสูงก็จะมีงานที่ดีทำ ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือก็มักต้องขายแรงงานที่ได้ค่าจ้างต่ำ

ส่วนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เริ่มจัดตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2532 โดยเด็กก่อนวัยเรียนในหมู่บ้านที่อายุตั้งแต่ 2.5 ปีขึ้นไปทุกคนจะต้องเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หากเด็กคนใดไม่ไปเรียน ครูผู้ดูแลเด็กจะตามให้ไปเรียนทุกคน ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องการให้บุตรหลานเริ่มเรียนตั้งแต่อายุน้อย ด้วยเหตุผลว่า ตนเองต้องทำมาหากิน ไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน ต้องการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนในชั้นประถมศึกษาต่อไป และเห็นว่าการอบรมสั่งสอนเด็กควรเป็นหน้าที่ของครูที่โรงเรียน

2.สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

2.1 ข้อมูลทางประชากรของเด็กก่อนวัยเรียนและครอบครัว

2.1.1 ประชากรเด็กก่อนวัยเรียน จากข้อมูลจากฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาโดยตุงฯ ปี พ.ศ.2544 ซึ่งนับอายุเด็กถึงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2545 พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปีในหมู่บ้านอื่ก้อปากด้วยมีจำนวนทั้งสิ้น 63 คน เด็กหญิงจำนวน 33 คน เด็กชายจำนวน 30 คน แต่ในระหว่างทำการวิจัยครั้งนี้มีเด็กที่อยู่ประจำในพื้นที่จำนวนทั้งสิ้น 61 คน ส่วนเด็กอีก 2 คนติดตามผู้ปกครองไปอยู่นอกพื้นที่ โดยจำแนกตามอายุ ดังนี้

ตารางที่ 3: จำนวนเด็กก่อนวัยเรียนจำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	หญิง(คน)	ชาย (คน)	รวม
0-1	9	1	10
1-2	1	6	7
2-3	5	5	10
3-4	4	4	8
4-5	8	7	15
5-6	6	7	13
รวม	33	30	63

2.1.2 ลักษณะครอบครัวของเด็กก่อนวัยเรียน

2.1.2.1 อายุของผู้ปกครอง

ในจำนวนเด็กก่อนวัยเรียนทั้งสิ้น 61 คน พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 50 ครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากบางครอบครัวมีสมาชิกที่เป็นเด็กก่อนวัยเรียนมากกว่า 1 คนขึ้นไป โดยพบว่าบิดาของเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-30 ปี จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 34 และอยู่ในช่วงอายุ 31-35 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ส่วนมารดาส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปีเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 32 และมีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 24 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4: การจำแนกจำนวนบิดาและมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนบิดา คน(ร้อยละ)	จำนวนมารดา คน(ร้อยละ)	รวม (คน)
15-20	1(2)	3(6)	4
21-25	7(14)	12(24)	19
26-30	17(34)	16(32)	33
31-35	11(22)	11(22)	22
36-40	8(16)	7(14)	15
41-45	3(6)	-	3
46-50	1(2)	-	1
51-55	2(4)	1(2)	3
รวม	50(100)	50(100)	100

2.1.2.2 อาชีพของบิดา

บิดาของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในพื้นที่ โดยทำงานเข้าไปเย็นกลับ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างนอกพื้นที่ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานที่ประเทศไต้หวัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 26 นอกจากนี้ยังมีอาชีพทำการเกษตร รับราชการ และอื่นๆ ตามตารางที่ 5 ทั้งนี้มีบิดาจำนวน 3 คนที่ย้ายจากมารดาแล้วย้ายออกนอกพื้นที่ขาดการติดต่อ

ตารางที่ 5: อาชีพของบิดา

อาชีพบิดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับจ้างในพื้นที่	19	38
รับจ้างนอกพื้นที่	14	28
ทำการเกษตร	6	12
ว่างงาน	3	6
รับราชการ	3	6
หย่า	3	6
ติดคุก	1	2
เสียชีวิต	1	2
รวม	50	100

2.1.2.3 อาชีพของมารดา

มารดาของเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 54 ประกอบอาชีพค้าขาย ร่วมกับทำการเกษตรในฤดูที่ไม่มีนักท่องเที่ยว รองลงมาคือรับจ้างในพื้นที่ ร้อยละ 34 มีมารดาเพียง 2 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 4 ทำงานเย็บปักถักร้อยอยู่กับบ้าน นอกจากนี้พบว่ามารดาของเด็ก 2 คนที่หย่ากับสามีแล้วย้ายออกนอกหมู่บ้าน โดยเด็กคนหนึ่งอยู่ในความดูแลของตาและยาย ส่วนเด็กอีกคนหนึ่งนั้นอยู่ในความดูแลของพ่อและภรรยาหลวง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6: อาชีพของมารดา

อาชีพมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขายร่วมกับทำการเกษตร	27	54
รับจ้างในพื้นที่	17	34
ทำงานอยู่กับบ้าน	2	4
หย่า	2	4
ครู	1	2
รับจ้างนอกพื้นที่	1	2
รวม	50	100

2.1.2.4 จำนวนบุตร

ครอบครัวของเด็กกลุ่มนี้ 22 ครอบครัว (ร้อยละ 44) มีบุตร 1 คน 11 ครอบครัว (ร้อยละ 22) มีบุตร 2 คน และ 8 ครอบครัว (ร้อยละ 16) มีบุตร 3 คน ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7: จำนวนบุตรในแต่ละครอบครัว

จำนวนบุตร (คน)	จำนวนครอบครัว	ร้อยละ
1	22	44
2	11	22
3	8	16
4	4	8
5	3	6
6	2	4
รวม	50	100

2.2 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

2.2.1 ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุ ถอน อุด (dmf)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก เด็กจำนวนทั้งสิ้น 61 คน ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2545 พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 34 คนที่มีฟันขึ้นครบ 20 ซี่ โดยเด็กกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เฉลี่ย 6.3 ซี่ต่อคน และ 10.8 ด้านต่อคน ซึ่งมีเด็กฟันผุจำนวน 35 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 57.4 โดยที่เด็กอายุ 5-6 ปีทุกคนมีฟันผุ หรือคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนประวัติการมารับการรักษาทางทันตกรรมนั้นพบว่า เด็กกลุ่มนี้เคยมารับการถอนฟันจำนวน 4 คน (9 ซี่) และมีเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการถอนฟันอีกจำนวน 4 คน (4 ซี่) นอกจากนี้มีเด็กที่ได้รับการอุดฟันจำนวน 15 คน (26 ซี่ 43 ด้าน) โดยในจำนวนนี้พบว่ามีกรอุดและผูกต่อจำนวน 7 คน (10 ซี่ 16 ด้าน) และจะเห็นได้ว่าในเด็ก 1-2 ปี จำนวน 1 คนที่ฟันยังขึ้นไม่ครบแต่มีฟันผุถึง 4 ซี่ (6 ด้าน) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8: ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนหมู่บ้านอีโก้วปากกล้วย

อายุ (ปี)	เด็ก (คน)	ฟันไม่ผุ (คน)		ฟันผุ (คน)		ฟันที่ผุ		ฟันที่ถอน		ฟันที่อุด		ค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	ซี่	ด้าน	คน	ซี่	ซี่	ด้าน	ซี่/คน	ด้าน/คน
0-2	17	16	94.1	1	5.9	4	6	-	-	-	-	0.2	0.35
2-3	10	5	50	5	50	18	43	-	-	-	-	1.8	4.3
3-4	7	2	28.6	5	71.4	26	34	-	-	2	4	4	5.4
4-5	14	3	21.4	11	78.6	64	92	5	9	9	13	5.9	10.7
5-6	13	-	-	13	100	85	135	3	4	15	26	8	13.9
รวม	61	26	42.6	35	57.4	197	310	8	13	26	43	6.3*	10.8*

(หมายเหตุ: เด็กอายุ 5- 6 ปี หมายถึงเด็กที่อายุระหว่าง 5 ปีบริบูรณ์แต่ยังไม่ครบอายุ 6 ปีบริบูรณ์ ในวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2545)

: * ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เฉลี่ยของเด็กกลุ่มนี้คิดจากเด็กที่มีฟันขึ้นครบ 20 ซี่ โดยมีเด็กจำนวนทั้งสิ้น 34 คน

2.2.2 ช่วงค่าต่ำและสูงสุดสุดของค่าฟันน้ำนมผุ ถอน อุด

จากผลการสำรวจพบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนจะมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 ซี่ต่อคน และมีค่าสูงสุดเป็น 15 ซี่ต่อคน ตามตารางที่ 9 ซึ่งจะมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงขึ้นตามอายุ

ตารางที่ 9: ช่วงค่าต่ำสุดและสูงสุดของค่าฟันผุ ถอน อุดของเด็กจำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ยฟัน ผุถอนอุด (ซี่ต่อคน)	ช่วงค่าต่ำสุด-สูงสุดของ dmft (ต่ำสุด-สูงสุด) (ซี่ต่อคน)
0-1	10	0	0
1-2	7	0.57	0-4
2-3	10	1.8	0-8
3-4	7	4	0-12
4-5	14	5.9	0-15
5-6	13	8	1-15
รวม	61	3.9	0-15

3.ความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

ในหัวข้อนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมและนำเสนอถึงความคิด ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชุมชนอาข่าหมู่บ้านอีก้อปากกล้วย ซึ่งมีความหลากหลายเพื่อสะท้อนให้เห็นมุมมองของชาวบ้านต่อปากและฟัน ตั้งแต่การให้คุณค่าของฟันน้ำนมและฟันถาวร อาการ สาเหตุและผลกระทบของโรคฟันผุ ซึ่งความคิดความเชื่อเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กในชุมชน การนำเสนอจัดแบ่งเป็นหัวข้อ ดังนี้

3.1 ความหมายและความสำคัญของสุขภาพช่องปากในการรับรู้ของชาวบ้าน

3.1.1 ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับปากและฟัน

ชาวบ้านมีความเชื่อที่เกี่ยวกับปากและฟันหลายเรื่องที่ได้มาจากการเล่าต่อกันมาของคนในครอบครัว จากการได้ยินจากเพื่อนบ้านและจากคนในชุมชน ซึ่งเป็นความเชื่อที่ยึดถือกันมาในอดีต เช่น

□ การให้ความหมายของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี

ชาวบ้านจะให้ความหมายของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีโดยคำนึงถึงลักษณะอาการของช่องปากที่ปรากฏและสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การไม่ปวดฟัน เหงือกสีชมพู ฟันแน่นไม่โยก ฟันสามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในแต่ละวัย อย่างไรก็ตามแต่ละวัยจะให้ความสำคัญต่อสุขภาพช่องปากในประเด็นที่แตกต่างกัน เช่น วัยเด็ก ผู้ปกครองคำนึงถึงฟันของเด็กที่สามารถเคี้ยวอาหารได้ วัยรุ่นคำนึงถึงฟันที่ขาว เรียงเป็นระเบียบ

ไม่มีกลิ่นปาก วัยกลางคนค้ำถึงฟันที่ขาว แข็งแรง เคี้ยวอาหารได้ ไม่มีกลิ่นปาก ฟันแน่นไม่โยก ส่วนผู้สูงอายุค้ำถึงฟันที่แข็งแรง สามารถใช้ฟันเคี้ยวของแข็งได้ เช่น กระดูก แต่อาจไม่จำเป็นต้องขาสะอาด

“ที่ฟันของเขามีสีแบบนี้ เพราะว่าเขาเคยหกล้ม ตอนนั้นเหงือกบวม ฟันโยกมาก ยายเอาเกลือเสกคาถาให้กิน หลังจากนั้นก็ไม่ปวด ไม่โยกอีกเลย” ยายวัย 60 ปีเล่าให้ผู้วิจัยฟังเมื่อผู้วิจัยถามว่าทำไมฟันหน้าบนของหลานอายุ 4 ปีจึงมีฟันหน้าบนเปลี่ยนสี

“ฟันดีต้องขาว เรียงเรียบสวย และไม่มีกลิ่นปาก ไม่มีหินปูน” เด็กสาววัยรุ่นอายุ 18 กล่าว

“ฟันดี ไม่เคยปวดฟันเลย ไม่โยก เคี้ยวกระดูกได้ด้วย” ชายวัยกลางคนอายุ 41 กล่าว

“ยายเคี้ยวหมากมาตั้งแต่สาว ๆ ทำให้ฟันดีไม่เคยปวดฟัน ฟันไม่โยก แต่บางคนเขาบอกว่าฟันไม่สวย สาว ๆ สมัยนี้เขาจึงไม่เคี้ยวหมากกัน เขากลัวฟันดำ” ผู้สูงอายุวัย 64 ปีกล่าว

□ ฟันโยก หรือหลุดร่วง เป็นไปตามอายุขัย

การที่คนสูงอายุมือฟันโยกหรือหลุดจะเป็นเรื่องธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้น ฟันต้องโยกหลุดเป็นเรื่องธรรมดา ดังนั้นจึงไม่ใช่โรคหรือความเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาแต่อย่างใด

“พอแก่มาทุกคนจะเป็นอย่างนี้ เหงือกมันจะหายไปเรื่อยๆ ฟันก็จะโยกแล้วก็หลุดไป อาช่าที่นับถือศาสนาผีเขาถือว่า ถ้าคนแก่ในบ้านที่อายุมากตาย ถ้าคนตายมีฟันครบทุกซี่ ลูกหลานจะโชคไม่ดี จะทำให้ลูกสะใภ้หรือหลานสะใภ้คลอดลูกออกมาตาย แต่ถ้าคนแก่ที่ตายมีฟันไม่ครบลูกหลานจะโชคดี บางคนฟันไม่หลุด แต่พอป่วยหนักใกล้ตายฟันก็จะหลุดออกมาโบราณเขาบอกว่าผีดึง”

□ การถอนฟันจะมีผลต่อสุขภาพตา

ชาวบ้านเชื่อว่าจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างการถอนฟันถาวรและการมีสายตาสีโอมเมื่อเข้าวัยกลางคน โดยเชื่อว่าการถอนฟันในวัยผู้ใหญ่เท่านั้นที่จะทำให้ประสาทตาสีโอม แม้ว่าคนๆ นั้นอาจจะถอนฟันไปนานหลายปีแล้ว แต่หากต่อมาในวัยกลางคนเขามีอาการมองเห็นไม่ชัด ตาฝ้าฟาง ชาวบ้านก็จะนำมาเชื่อมโยงว่าเกิดจากการที่ในอดีตเขาเคยถอนฟันถาวร

“คนแก่ที่เคยถอนฟันเขาบอกว่าถ้าถอนฟันไปตอนสาวๆ พอแก่จะสายตาไม่ดี เพราะประสาทมันเกี่ยวกับกัน จะทำให้สายตาฝ้าฟาง เย็บผ้าไม่ได้”

□ ฟันของบรรพบุรุษช่วยคุ้มครองลูกหลาน

การเก็บฟันของปู่ย่าตายายไว้กับตัวของลูกหลาน เชื่อว่าเป็นการปกป้องคุ้มครองให้แคล้วคลาดจากภัยอันตรายต่างๆ

“เมื่อก่อนเขาจะเก็บฟันที่หลุดซี่แรกของปู่ย่าไว้ให้ลูกหรือหลาน จะเอาผ้าห่อแขวนคอไว้ เอาไว้กันผี กันผีร้ายได้”

□ นิยมเคี้ยวหมาก

ชาวบ้านวัยกลางคนในหมู่บ้านนี้ส่วนใหญ่จะเคี้ยวหมาก หมากของชาวอาข่าประกอบด้วย หมาก ยาเส้น ปูนขาว ทั้งหมดผสมรวมกันแล้วใส่ปากเคี้ยวจนมีน้ำลายหรือน้ำหมากจึงบ้วนน้ำหมากทิ้ง เหตุผลในการเคี้ยวหมากมีความหลากหลายแตกต่างกันไป เช่น เชื่อว่าการเคี้ยวหมากทำให้ฟันแข็งแรง ไม่มีฟันผุ ต้องการให้ฟันมีสีดำ ถ้าไม่เคี้ยวหมากแล้วเปรี้ยวปาก เห็นคนอื่นเคี้ยวหมากจึงเคี้ยวตามบ้าง เป็นต้น

“เคยปวดฟันมาก ทำอย่างไรก็ไม่หาย เพื่อนเขาบอกว่าให้ลองเคี้ยวหมาก หลังจากนั้นก็ไม่เคยปวดฟันอีกเลย”

“วัยรุ่นในสมัยก่อนต้องมีฟันดำ คำโบราณของอาข่าบอกว่า ถ้าเข้าวัยรุ่นอายุ 14-15 ปี ฟันต้องดำ อายุ 16 ปี จะเริ่มใส่ผ้าปิดหน้าอก อายุ 17 ปีจะใส่ผ้าคาดบริเวณกระโปรง พออายุ 19-20 ปี ก็จะเริ่มใส่หมวกของอาข่าที่ทำจากเงิน”

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันความเชื่อนี้ได้เปลี่ยนไปตามกระแสของการเปลี่ยนแปลงของสังคม ดังจะเห็นได้จาก

“เมื่อก่อนเคยเคี้ยวหมาก แต่เดี๋ยวนี้ไม่เคี้ยวแล้ว เวลาเคี้ยวต้องบ้วนน้ำหมาก พอไปตลาดก็โดนเขาตำว่าสกปรกเลยไม่ได้เคี้ยวหมากอีก หันมาเคี้ยวยาเส้นแทน” ชายวัย 41 ปีกล่าว

“กินหมากแล้วฟันดำ ปากมีสีแดงไม่สวย อายเขา” หญิงสาววัย 24 ปีกล่าว

3.1.2 ความสำคัญของฟันน้ำนม

การให้ความสำคัญกับฟันน้ำนมแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว ชาวบ้านส่วนใหญ่ มักคิดว่าฟันน้ำนมไม่ค่อยสำคัญ เพราะเมื่อเด็กโตขึ้นก็จะมีฟันถาวรแทนที่ อย่างไรก็ตามมีบางครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับฟันน้ำนม โดยผู้ปกครองเห็นว่าฟันน้ำนมมีหน้าที่เคี้ยวอาหารในวัยเด็ก หากเด็กฟันแข็งแรงจะสามารถเคี้ยวอาหารได้ และหากเด็กมีฟันน้ำนมที่ขาวสะอาดจะเป็นเด็กน่ารัก เป็นต้น

“ฟันของลูกเป็นแมง แต่ไม่เป็นไรไม่ต้องทำอะไร ตอนนี้ฟันของเด็กเป็นฟันปลอม พอโตอีกหน่อยก็หลุด จะมีฟันจริงขึ้นมาตอนโตขึ้น ฟันของลูกขึ้นตอนอายุ 10 เดือน ฟันจริงก็จะขึ้นมาตอนอายุ 10 ปี” บิดาวัย 36 ปีกล่าว

“อาตมมีฟันน้ำนมซี่ที่อยู่ข้างในเป็นแมง เขาเคยปวดฟันมากพอไปถอนฟันก็หายปวด ถอนไปแล้วแต่ไม่เป็นไรฟันที่เหลือก็เคี้ยวข้าวได้ เดี่ยวพอโตอีกหน่อยฟันอีกอันก็จะขึ้นมาแทน” มารดาวัย 41 ปีกล่าว

3.2 ลักษณะของโรคฟันผุและสาเหตุของการเกิดโรค

3.2.1 ลักษณะของโรคฟันผุในฟันน้ำนม

สำหรับโรคในช่องปากของเด็กที่ชาวบ้านพบเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ร้อนใน และฟันเป็นแมง (“เออะบ่อเซอะจ่า” เป็นภาษาอาข่า คำว่า เออะแปลว่าฟัน บ่อเซอะแปลว่าแมง

จำแปลว่ากิน) ชาวบ้านจะใช้อาการ ความรุนแรงที่กำลังเผชิญและลักษณะที่ปรากฏเด่นชัด มาอธิบายถึงโรคในช่องปาก อาการและความรุนแรงของโรคฟันผุ เช่น อาการปวดที่ฟันตั้งแต่ปวดเล็กน้อยจนถึงมาก การปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก การปวดฟันจนกินข้าวไม่ได้หรือนอนไม่หลับ ส่วนลักษณะที่ปรากฏเด่นชัดเป็นการมองและสังเกตได้ด้วยตา เช่น การเห็นฟันผุเป็นรูหรือโพรงขนาดใหญ่ การมีฝ้าขาวผิดปกติที่ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มของเด็ก โดยชาวอาข่าส่วนใหญ่จะแบ่งลักษณะอาการผิดปกติของฟันน้ำนมเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะฟันผุที่เกิดบริเวณฟันหลัง โดยฟันผุที่เกิดลักษณะนี้จะเกิดบริเวณฟันหลัง และจะต้องมีอาการปวด ซึ่งจะทำให้ฟันมีลักษณะเป็นรูหรือโพรงฟันชัดเจน

“ฟันข้างหลังก็เป็นแมง เคยปวดบ้าง อาข่าเรียกว่า เฉอะบ่อเซอะ
จ่า แมงมันกินฟัน ทำให้ปวดฟัน”

“วันนี้พาลูกมาถอนฟัน ฟันเขาเป็นรูมานาน เวลากินข้าวก็มีเศษ
อาหารไปติด แม่ก็ใช้ไม้เขี่ยให้ แต่เมื่อคืนปวดมาก ไม่ได้นอนทั้ง
แม่ทั้งลูก จึงพามาหาหมอ” มารดาวัย 38 ปีกล่าว

“หลานมีฟันเป็นรู แต่เขาไม่เคยปวด ไม่ได้พาไปหาหมอ คิดว่าถ้า
ปวดก็จะพาไปหาหมอ ให้หมถอนฟัน” ตาวัย 45 ปีกล่าว

ส่วนลักษณะอาการที่ผิดปกติอีกลักษณะหนึ่งคือ อาการผิดปกติที่เกิดบริเวณฟันหน้าบน มีลักษณะเหมือนการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries) ลักษณะที่ผิดปกตินี้ ชาวบ้านคิดว่าไม่ใช่อาการของโรคฟันผุ แต่เป็นเรื่องธรรมชาติของฟันน้ำนมที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยฟันจะกร่อนไปตามธรรมชาติ ซึ่งเริ่มจากที่เดิมฟันมีสีขาว เปลี่ยนเป็นสีเหลือง สีดำ และละลายหลุดไป มักจะไม่มีอาการปวด

“ฟันหน้าของเด็กเป็นแบบนี้ ชาวอาข่าเรียกว่า เฉอะก็ก็อ ตอน
ฟันขึ้นครั้งแรกจะเป็นสีขาว ต่อมาฟันจะมีสีเหลืองก่อน แล้วจะ
ค่อยๆละลายไปเรื่อยๆ บางคนก็จะกลายเป็นสีดำ บางคนก็
ละลายจนฟันหายไปหมด เหลือแต่ตอ สุดท้ายก็จะโยกแล้วหลุด
ไปเอง”

3.2.2 สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม

ชาวอาซากุ่มนี้มีความเชื่อต่อสาเหตุของการเกิดฟันผุแตกต่างกัน เช่น เชื่อว่าเกิดจากแมงกินฟัน การแปรงฟันไม่สะอาด การกินลูกอม เป็นต้น โดยที่ชาวบ้านส่วนใหญ่จะจำแนกสาเหตุของฟันผุเป็น 2 ลักษณะตามลักษณะอาการที่เกิดขึ้น คือ ฟันผุที่เกิดบริเวณฟันหลัง มีสาเหตุจากแมงกินฟัน จะมีอาการปวด ส่วนฟันผุที่เกิดบริเวณฟันหน้า จะมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ซึ่งทั้งสองลักษณะนี้ชาวอาซาส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสามารถเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ โดยที่เด็กทุกคนมีโอกาสที่จะเกิดโรคได้

“สมัยเมื่อ 40 ปีก่อนตอนเป็นเด็ก ผมเคยปวดฟันมาก ปวดเป็นปีทนไม่ไหวจึงไปหาหมอจีนที่พม่า พอเขาเป่าคาถา ผมเห็นแมงออกมาจากถ้วยที่ตั้งไว้ตั้ง 32 ตัว ผมเห็นกับตาตัวเองเลยนะ”
ชายวัย 51 ปีกล่าว

“ได้ยินเขาว่า ฟันผุเกิดจากแมงกินฟัน ไม่เคยเห็นตัวแมง แต่คิดว่าคงเป็นเหมือนหนอนตัวเล็กๆ”หญิงวัย 32 ปีกล่าว

“คิดว่าการที่เด็กเกิดฟันผุจะขึ้นอยู่กับเด็กแต่ละคน น้องฟิล์มก็กินขนมเหมือนกัน เลี้ยงมาด้วยกันตลอดกับหลานคนอื่นๆ เขาไม่ค่อยแปรงฟัน แต่ฟันก็ไม่ผุ ฟันเขาคงดี ส่วนน้องเบงค์ฟันเขาไม่ดีตั้งแต่แรก ฟันเป็นแมง” มารดาวัย 34 ปีกล่าว

สำหรับการเกิดฟันผุในบริเวณฟันน้ำนมนั้น ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ ความคิดความเชื่อนี้มีการยอมรับ มีการถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่วัยรุ่นปู่ตายายจนถึงรุ่นลูกหลาน ซึ่งอาศัยประสบการณ์เป็นประเด็นหลักในการเลือกปฏิบัติตามคนรุ่นก่อน ดังจะเห็นได้จากผู้ปกครองบางคนที่ถูกมีฟันผุบริเวณฟันหน้าบน แม้จะเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า การเกิดฟันผุมีสาเหตุจากการแปรงฟันไม่สะอาด การกินนมขวด การส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูก เป็นต้น แต่ในที่สุดผู้ปกครองเชื่อว่าการเกิดฟันผุเกิดจากกรรมพันธุ์ ตามที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากญาติ ผู้สูงอายุในครอบครัว

“พินหน้าของเขาเป็นเฉอะก็ก็้อ ก็ถามหมอที่อนามัยเหมือนกัน หมอบอกว่า ลูกกินนมขวดพินจึงผุ ลูกสาวคนเล็กก็กินนมขวดเหมือนกันแต่ไม่เป็น ถามที่โรงพยาบาลแม่จัน หมอก็บอกว่า ลูกกินยาที่ทำให้พินดำ แต่หมอก็บอกไม่ได้ว่ายาอะไร แม่ก็ไม่ได้ให้ ลูกกินยาอะไรนะ มีแต่ยาที่อนามัยกับที่โรงพยาบาลให้มา แต่ย่าบอกว่าไม่เป็นไร พอพินแท้ขึ้นก็จะเป็นอีก อาของเขาก็ก็นั่น พอพินแท้ขึ้นก็จะเป็นอีก แม่จึงคิดว่าคงไม่เป็นไร ตอนนีพินเขาเปลี่ยนแล้ว พินแท้ก็ไม่มีแล้ว ถ้าเขามีลูกก็คิดว่าลูกของเขา อาจจะเป็นอีกก็ได้” มารดาวัย 31 ปีกล่าว

อย่างไรก็ตามชาวบ้านบางส่วนเชื่อว่า การกินนมทำให้เกิดพินผุ แต่ประเภทของนมที่ชาวบ้านและครูผู้ดูแลเด็กเชื่อว่าทำให้เกิดพินผุ คือ นมหวาน ของหวาน ลูกอม ส่วนนมบางประเภท เช่น เยลลี่ไปป์ นมขบเคี้ยว นมซอง หมากฝรั่งและนมบิงโกนั้น ชาวบ้านไม่ทราบว่าจะทำให้เกิดพินผุ

“พ่อของเด็กๆจะไม่ให้กินลูกอม ห้ามซื้อ ส่วนใหญ่เด็กจะแอบซื้อ พ่อเขากลัวว่าเด็กจะพินผุ ส่วนที่บ้านจะมีนมบิงโกที่เป็นปี๊บ ซื้อมาให้เด็กๆกิน จะซื้อมาไว้ที่ละเยอะๆ ไม่อยากให้กินลูกอม” มารดาวัย 34 ปีกล่าว

“ทุกๆ 2-3 วันหนูจะลงไปซื้อนมมาให้เด็กๆที่ศูนย์เด็กเล็ก เด็กจะเอาเงินมาฝากวันละ 2 บาท หนูรวบรวมไปซื้อนมมาให้เด็กกินในช่วง 10 โมงเช้าทุกวัน หนูจะซื้อนมที่เป็นซองมาให้ ซองละ 1 บาท แต่ไม่ซื้อนมพวกลูกอม หรืออมยิ้ม เพราะกลัวว่าพินจะผุ” ครูผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์เด็กเล็กกล่าว

3.3 ปัญหาผลกระทบของการเกิดโรคพินผุในเด็ก

ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่คิดว่าการเกิดพินผุหรือการสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด มีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก ดังจะเห็นได้จาก

“ครูบอกว่าลูกมีฟันผุ มีหมอนที่อนามัยมาตรวจที่โรงเรียน แต่เขาไม่เคยปวดฟัน แม่คิดว่าเป็นเรื่องปกติที่เด็กทุกคนต้องเป็นจึงไม่ได้พาไปหาหมอน”

“ครูบอกว่าลูกมีฟันผุ ครูพาไปถอนฟัน ถอนแล้วก็กินข้าวได้เหมือนเดิม”

“หลานมีฟันเป็นรู หมอบอกว่าฟันผุ ให้ไปอุดฟัน แต่เขากินข้าวได้ ถ้ามีเศษอาหารติด ผมก็จะเอาไม้แคะออกให้”

“พินิดามีฟันน้ำนมเป็นแมง แต่ไม่เป็นไร เดี่ยวฟันก็จะหลุดเอง ย่าบอกว่าตอนพ่อเด็กๆฟันเป็นแมงเหมือนกัน ตอนนีฟันของเขายังเป็นฟันปลอม พ่อโตอีกหน่อยก็หลุด”

ชาวบ้านจะรู้สึกว่โรคฟันผุในเด็กเป็นปัญหา ก็ต่อเมื่อโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายเด็กหรือกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น มีอาการปวดมาก บวม รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ร้องไห้งอแง หรือกระทบต่อการเข้าสังคม

“คิดว่าโรคฟันผุเป็นปัญหาใหญ่ เพราะลูกสาวเคยเป็น กินข้าวไม่ได้ ตัวผอม บางครั้งเคยปวดมากร้องไห้ทั้งคืน ไม่ได้นอนทั้งบ้าน”

“เขามีฟันหลออย่างนี้แม่ก็กลัวใจเหมือนกัน ไปถอนฟันหน้าเมื่อปีที่แล้ว ก็กลัวว่าฟันจะไม่ขึ้น กลัวเขาจะอายคนอื่น แต่ถามครูแล้ว ครูบอกว่าฟันจะขึ้น จึงคิดว่าคงไม่เป็นไร”

4. พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก

ในอดีตชาวบ้านทำความสะอาดในช่องปากด้วยการบ้วนปากด้วยน้ำ หรือการใช้นิ้วมือถูฟัน การดูแลอนามัยในช่องปากของชาวอาข่าเป็นเพียงการกำจัดเศษอาหาร ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการขจัดคราบจุลินทรีย์ การทำความสะอาดฟันใช้อุปกรณ์ง่ายๆ เช่น ใช้กิ่งไม้มาเช็ดเศษอาหารออก

การแปรงฟันด้วยแปรงและยาสีฟันเริ่มเข้ามาในสังคมอาข่าเมื่อประมาณ 15-20 ปีที่ผ่านมา โดยนักเรียนส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากครูผ่านการศึกษาในระบบโรงเรียน ชาวบ้านบางคนได้รับความรู้จากเพื่อนชาวพื้นราบ ญาติมิตรที่ไปทำงานนอกพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

“แปรงฟันครั้งแรกตอนที่เข้าโรงเรียนแล้ว ครูบังคับให้แปรงฟัน ตอนนั้นยังเด็กก็แปรงบ้างไม่แปรงบ้าง”หญิงวัย 29 ปีกล่าว

“เมื่อก่อนไม่เคยแปรงฟัน มาเริ่มแปรงฟันตอนอายุ 14 ปี เคยไปรับจ้างทำงานที่ไร่ ที่นั่นจะมีเพื่อนที่เป็นคนเมือง (คนพื้นราบ) ทำงานอยู่ด้วยกัน เห็นเพื่อนเขาแปรงก็เลยแปรงบ้าง เขาบอกว่าจะทำให้ฟันสะอาด ไม่มีกลิ่นปาก หลังจากนั้นหนูก็แปรงฟันทุกวันเข้าเย็น” หญิงสาววัย 31 ปีกล่าว

“เมื่อก่อนก็ไม่เคยแปรงฟัน เริ่มมาแปรงฟันตอนที่ลูกๆเขาไปโรงเรียน เขากลับมาบอกว่า แม่ต้องแปรงฟันนะ ฟันจะได้สะอาด ก็เลยเริ่มแปรงฟันตั้งแต่นั้นมา” มารดาวัย 39 ปีกล่าว

“ตอนอายุประมาณ 25 ปีลงไปซื้อของในเมือง เห็นชาวบ้านเขาแปรงฟัน เขาก็เลยบอกว่าจะทำให้ฟันขาว ก็เลยซื้อแปรงสีฟันมาแปรงบ้าง” ชายวัย 48 ปีกล่าว

ชาวอาข่าส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเรื่องการแปรงฟันโดยมองประโยชน์ทางด้านความสวยงาม ความสะอาดสดชื่นในช่องปาก เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการที่จะไปพบปะพูดคุยกับคนอื่น มากกว่าประโยชน์ในด้านป้องกันฟันผุ โดยจะเห็นได้จากการที่ชาวบ้านส่วนใหญ่แปรงฟันเฉพาะเวลาเช้าหลังตื่นนอน หลังจากรับประทานอาหารเช้าจะบ้วนปากหรือบางคนอาจแปรงฟันอีกครั้งก่อนออกจากบ้าน มักไม่แปรงฟันก่อนนอนโดย ชาวบ้านให้เหตุผลว่าลึ้มและไม่ได้ออกไปนอกบ้านจึงไม่จำเป็นต้องแปรงฟันอีก ส่วนเหตุผลที่แปรงฟันหลังตื่นนอนเนื่องจาก หลังตื่นนอนจะรู้สึกว้าปากเหม็น บางคนรู้สึกว้าปาก

“เริ่มแปรงฟันตอนที่ไปเรียน ตอนนั้นโรงเรียนเขาแจกแปรงสีฟัน แจกฟรี แต่ก็แปรงบ้างไม่แปรงบ้าง พอเป็นวัยรุ่น ไปทำงานก็ แปรงทุกวัน ไม่แปรงไม่ได้ปากจะเหม็น” หญิงวัย 24 ปีกล่าว

“เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยได้แปรงฟัน แก่แล้ว ตอนสมัยหนุ่มๆก็แปรงเข้า เย็น เดี่ยวนี้แก่แล้วไม่ได้ไปไหน ก็ไม่ต้องแปรงบ่อย 2-3 วันแปรง ฟันครั้งหนึ่งก็ได้” ชายสูงอายุวัย 61 ปีกล่าว

การดูแลอนามัยในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนนี้มีหลายวิธีเช่น การใช้ผ้าอ้อม หรือเสื้อผ้าของเด็กเช็ดทำความสะอาดที่เหงือก ลิ้นหรือฟัน การใช้นิ้วมือถูฟัน การบ้วนปาก หรือ การใช้ไม้จิ้มฟันหรือเศษไม้เขี่ยเอาเศษอาหารที่ติดฟันออก และการแปรงฟันด้วยแปรงและยาสีฟัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้ทำความสะอาดในช่องปากเด็กอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเด็ก ผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมต่างๆที่จะเอื้อต่อการดูแลอนามัย ในช่องปาก โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้

กลุ่มเด็กอายุ 0-6 เดือน เด็กในวัยนี้ยังไม่มีฟันขึ้นในช่องปาก ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องทำความสะอาดช่องปากของเด็ก มีความเข้าใจว่าเด็กยังเล็กมาก ฟันยังไม่ขึ้นจึงไม่จำเป็นต้องทำความสะอาด ผู้ปกครองจะทำความสะอาดในช่องปากเป็นครั้งแรกเมื่อ พบว่ามีคราบหรือฝ้าขาวอย่างผิดปกติขึ้นที่ลิ้น หรือกระพุ้งแก้ม โดยจะใช้ผ้าเปล่าๆหรือผ้าที่เปียก ปัสสาวะของเด็กเองเช็ดทำความสะอาด

กลุ่มเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ในช่วงก่อนที่ฟันซี่แรกขึ้น ผู้ปกครองจะสังเกตเห็น ว่าเหงือกจะมีสีชาวนูน หลังจากนั้นเด็กจะมีอาการท้องเสียประมาณ 2-3 วัน ชาวบ้านเล่าว่า เด็กบางคนอาจมีอาการงอแง ร้องไห้บ่อย และน้ำลายไหลยืด ในช่วงนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะยังไม่ทำ ความสะอาดในช่องปากด้วยวิธีการใดๆ โดยให้เหตุผลว่ากลัวเด็กเจ็บ

กลุ่มเด็กอายุ 2-3 ปี เมื่อฟันขึ้นครบในช่องปาก อายุประมาณ 2 ปีขึ้นไป เด็ก ส่วนใหญ่จึงจะเริ่มแปรงฟันเป็นครั้งแรก โดยผู้ปกครองจะหัดให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง ด้วยการ เลียนแบบจากผู้ปกครอง และมักจะแปรงฟันในช่วงเช้าหลังอาหารพร้อมกับผู้ปกครอง หลังจากนั้น ผู้ปกครองมักไม่ได้กระตุ้นให้เด็กแปรงฟัน การแปรงฟันจึงอยู่ในความรับผิดชอบของเด็ก โดย ผู้ปกครองให้เหตุผลว่าเด็กไม่ยอมแปรงฟัน มักจะร้องไห้แงทุกครั้งที่ทำทำความสะอาดฟันให้ การ แปรงฟันเป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่ง่าย หรือ ในบางครั้งผู้ปกครองไม่มีเวลาคอยดูแลเนื่องจากมีงานอื่นที่ ต้องทำ

“เขาไม่ค่อยได้แปรงฟัน ดื้อมาก ร้องแงง ไม่ยอมให้แม่แปรงฟัน ให้ จะแปรงฟันเอง บางวันก็ไม่ได้แปรง แล้วแต่เขา”

“ช่วงเข้ายุ้งมาก แม่อยู่คนเดียวพอไปทำงานได้หัววัน ตื่นเช้าต้อง ดูแลลูกทั้ง 2 คน เตรียมกับข้าว ลูกก็กินข้าวข้า่มาก แม่เองก็ต้อง รีบไปทำงาน บางวันเลยไม่ได้ให้ลูกแปรงฟัน”

กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี เด็กส่วนใหญ่จะมีแปรงสีฟันเป็นของตนเอง เด็กจะแปรงฟันเอง แต่พบว่าไม่ได้แปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ ผู้ปกครองให้เหตุผลว่า เด็กควรจะได้รับฝึกชอบแปรงฟันด้วยตนเอง และทางโรงเรียนจัดให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอยู่แล้ว นอกจากนี้มีผู้ปกครองบางส่วนเชื่อว่าไม่จำเป็นต้องแปรงฟัน เพราะตนไม่มีฟันผุ ทั่วๆไปไม่ได้แปรงเช่นกัน ดังนั้นจึงไม่ได้นั้นให้เด็กต้องแปรงฟัน

“ตอนนี้ลูกซี้เกียจ ไม่ยอมแปรงฟันเอง งอแง จะให้แม่แปรงให้ แต่แม่เห็นว่าลูกโตแล้ว ต่อไปจะช่วยตัวเองไม่ได้ ก็เลยให้เขาหัดแปรงฟันเอง”

“ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้แปรง แต่เห็นว่าที่โรงเรียนเขาให้เด็กแปรงทุกวัน ที่โรงเรียนเขามีแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้ แม่จ่ายเงินไปแล้วพร้อมกับค่าเทอม”

อย่างไรก็ตามมีบางครอบครัวที่เด็กแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน โดยมารดาเป็นผู้กระตุ้นเตือน และเสริมแรงโดยการให้รางวัล การบังคับ การลงโทษ เป็นต้น ซึ่งเหตุผลที่ผู้ปกครองกลุ่มนี้ให้ความสำคัญในการแปรงฟันในเด็กนั้น เนื่องมาจากในอดีตผู้ปกครองเคยมีประสบการณ์ปวดฟัน จึงไม่อยากให้บุตรประสบปัญหาดังเช่นตน หรือบางคนได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แนะนำให้แปรงฟันเพื่อป้องกันฟันผุ ผู้ปกครองบางคนเชื่อว่าการแปรงฟันจะทำให้บุตรมีฟันขาวสะอาด และเชื่อว่าการแปรงฟันจะทำให้ไม่มีกลิ่นปาก จึงเน้นให้เด็กแปรงฟันทุกวัน

“แปรงฟันให้ลูกคนเล็กทุกวัน เพราะว่าตอนนั้นพามาฉีดวัคซีนแล้วหมอบอกให้แปรงฟันให้ลูกด้วย ตั้งแต่นั้นมาตอนเช้าก็จะให้แปรงพร้อมกับแม่ทุกวัน ส่วนลูกชายคนโตไม่ได้แปรง เพราะไม่รู้

ว่าต้องแปรงฟัน ตอนมาฉีดวัคซีนตอนนั้น หมอก็ไม่ได้บอก พอ
เดี๋ยวนี้โตแล้ว จะให้เขาแปรงเขาก็ไม่ยอม พอโตแล้วจะดี” แม่
วัย 35 ปีกล่าว โดยแม่มีบุตร 2 คน อายุ 5 ปี และ 2 ปี

เด็กก่อนวัยเรียนที่เข้าโรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวงจะมีโอกาสได้แปรงฟันหลัง
อาหารกลางวัน โดยทางโรงเรียนจะจัดหาอุปกรณ์ในการแปรงฟันให้เด็กทุกคน ซึ่งผู้ปกครองต้อง
เสียค่าใช้จ่ายรวมกับค่าบำรุงการศึกษาในแต่ละภาคการศึกษา ในช่วงแรกจะมีครูประจำชั้นเป็น
ผู้ควบคุมการแปรงฟัน อย่างไรก็ตามจากการสอบถามจากครูและเด็กนักเรียนบางคนพบว่า ครูจะ
ไม่สามารถควบคุมการแปรงฟันได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจาก มีงานอื่นอีกจำนวนมากที่ต้อง
ทำ ดังนั้นจึงให้เด็กนักเรียนดูแลกันเอง นอกจากนี้พบว่าแปรงสีฟันมีการสูญหายเป็นประจำ
เด็กบางคนจึงอาจไม่ได้แปรงฟัน อย่างไรก็ตามดีครูมีความเห็นว่า ผู้ปกครองควรมีส่วนในการดูแล
อนามัยในช่องปากของเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมาให้ความรู้และตรวจสุขภาพช่องปาก
ของเด็กเป็นระยะ

เด็กที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนจะไม่ได้แปรงฟันในช่วงเวลาหลัง
อาหารกลางวัน ทั้งนี้ครูผู้ดูแลเด็กให้เหตุผลว่า เดิมทางโรงเรียนได้มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหาร
กลางวันและมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานอนามัยมาตรวจฟันเป็นประจำทุก 3 เดือน แต่
ในช่วงสองปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ไม่ได้มาติดตาม ประกอบกับการขาดแคลนน้ำที่ใช้สำหรับการ
แปรงฟัน และครูต้องดูแลเด็กจำนวนมากทำให้ไม่สามารถควบคุมให้เด็กแปรงฟันได้อย่างทั่วถึง
ดังนั้นจึงงดการแปรงฟันไปโดยปริยาย

“เวลาให้เด็กแปรงฟันลำบาก เด็กๆชอบเล่นน้ำ และถ้าฝนตกยิ่ง
ไปกันใหญ่ เล่นน้ำจนเปียกไปหมด ต้องไปนอนกลางวันอีก ถ้า
เวลาหน้าแล้งต้องไปรองน้ำที่ถังเก็บน้ำด้านนอก ยุ่งยาก”

เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้แปรงฟันด้วยวิธีการถูไปมาตามแนวขวาง โดยส่วนใหญ่จะ
แปรงเฉพาะบริเวณฟันหน้าด้านริมฝีปาก เวลาที่ใช้แปรงฟันประมาณ 20-30 วินาที ในครั้งแรก
มารดาจะเป็นผู้หัดให้เด็กแปรงฟัน โดยการจับมือเด็กหัดให้ถือแปรง หลังจากนั้นจะให้เด็กแปรงฟัน
ด้วยตนเอง

สำหรับอุปกรณ์ในการแปรงฟันนั้น เด็กจะใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กสำหรับเด็ก โดย
ซื้อจากร้านค้าในตลาดห้วยไคร้ บางคนอาจได้รับแจกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะที่พาเด็กไปรับ
วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในช่วงอายุ 1 ½ ปี พบว่าเด็กจะใช้แปรงสีฟันอันเดียวจนกระทั่ง
แปรงสีฟันหายจึงจะเปลี่ยนใหม่ บางครอบครัวเด็กจะใช้แปรงสีฟันร่วมกัน เด็กเกินกว่าครึ่งจะมี

แปรงสีฟันของตนเอง แต่แปรงสีฟันของเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีลักษณะ เก่า ขนแปรงบาน ผู้ปกครองเลือกซื้อแปรงสีฟันให้เด็กโดยเลือกจากแปรงสีฟันที่มีจำหน่ายในชุมชน สามารถหาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพง บางคนอาจเลือกซื้อเนื่องจากสีฟันสวยงาม มีลวดลายการ์ตูนตามที่เคยเห็นในโฆษณา

ในครอบครัวชาวอาข่าหมู่บ้านนี้มักใช้ยาสีฟันชนิดเดียวสำหรับทุกคนในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เลือกใช้ยาสีฟันใกล้ชิด เนื่องจากผู้ปกครองชอบในรสชาติหอมเย็นซ่า และมีบรรจุกัมที่ช่วยขัดฟัน การมีรสชาติหอมเย็นซ่าของยาสีฟันทำให้เด็กบางคนปฏิเสธที่จะใช้ยาสีฟัน เนื่องจากมีรสเผ็ด ผู้ปกครองไม่ได้ให้ความสำคัญกับยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ โดยที่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ ในบางครอบครัวเลือกยาสีฟันสำหรับเด็กให้เด็กก่อนวัยเรียนเนื่องจากได้รับข้อมูลการใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กจากรายการทางโทรทัศน์ และเชื่อว่ายาสีฟันสำหรับเด็กมีกลิ่นหอม รสหวาน ไม่เย็นซ่าเกินไป จึงทำให้เด็กแปรงฟันได้นานขึ้น ผู้ปกครองจะให้เด็กใช้ยาสีฟันในปริมาณน้อยเพียงแค่วันละแปรงสีฟัน เพื่อความประหยัด และป้องกันการกลืนยาสีฟันของเด็กเนื่องจากเชื่อว่าการกลืนยาสีฟันจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายของเด็ก แต่ไม่สามารถอธิบายผลเสียที่จะเกิดขึ้นได้

5. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ในอดีตชาวบ้านประกอบอาชีพเกษตรกรรมเพื่อการยังชีพ ปลูกข้าวไร่ พืชผัก และผลไม้เพื่อการบริโภค ปลูกข้าวโพดเพื่อเลี้ยงสัตว์ และเก็บของป่าไว้เพื่อบริโภคในครัวเรือน พื้นที่ทำกินอยู่ใกล้ชุมชน ใช้ชีวิตเรียบง่าย กินอยู่ตามสภาพท้องถิ่นกับอาหารดั้งเดิมของชุมชน ชาวบ้านไม่ต้องพึ่งพาระบบตลาด ในปัจจุบันเมื่อวิถีชีวิตเปลี่ยนไปจำเป็นต้องซื้ออาหารจากตลาด ทั้งข้าว ผัก เนื้อสัตว์ เครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น เกลือ ผงชูรส พบว่าครอบครัวรุ่นใหม่มีแนวโน้มนิยมปรุงอาหารด้วยซีอิ๊ว น้ำปลามากขึ้น อาหารส่วนใหญ่ของชาวอาข่าจะมีรสเค็มและเผ็ด โดยไม่นิยมอาหารที่มีรสหวาน

รูปแบบอาหารของเด็กชาวอาข่านั้นแตกต่างกันตามวัย ในเด็กทารกส่วนใหญ่แม่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เด็กทารกที่อายุน้อยกว่า 5 เดือนพ่อแม่ส่วนใหญ่จะไม่ป้อนน้ำให้ จะให้แต่นมแม่ เพราะถ้าให้น้ำดื่บบก็เกรงว่าเด็กจะท้องเสีย หรือให้น้ำดื่มก็จะร้อนเกินไป เมื่อเด็กโตขึ้นแข็งแรงและมีภูมิต้านทานมากขึ้น จึงจะให้ดื่มน้ำได้ เด็กจะได้รับนมแม่จนกว่าแม่จะไม่มีน้ำนมหรือจนกระทั่งแม่มีลูกคนใหม่ และจะได้รับในปริมาณและเวลาตามที่ต้องการ เมื่อเด็กอายุประมาณ 4-5 เดือนจะเริ่มให้อาหารเสริมประเภทกล้วยน้ำว้าสุก ข้าวสอยบดละเอียด ในช่วงแรกผู้ปกครองจะเป็นผู้เคี้ยวข้าวให้ละเอียดแล้วป้อนให้เด็ก โดยจะลองป้อนให้เรื่อยๆจนกระทั่งเด็กสามารถเคี้ยวได้เอง

“ลูกอายุ 3 ปี แต่ยังไม่กินนมแม่อยู่ แต่ตอนกลางวันแม่ไปทำงานจึงไม่ได้กิน เขากินข้าวได้แล้ว ให้กินตอนกลางคืน กินบ่อยมาก คืบหลายๆ ครั้ง”

“จะเริ่มให้ลูกกินข้าวบด กลัวยบดตอน 4-5 เดือน จากนั้นก็ลองให้กินข้าวเม็ดเรื่อยๆ ตอนแรกแม่ก็เคี้ยวให้ก่อน ลองไปเรื่อยๆจนเขาเคี้ยวได้เอง”

อย่างไรก็ตามเด็กบางคนอาจจะได้รับนมผงสำเร็จรูป โดยมีเหตุผลต่างๆกันดังนี้

- แม่ต้องทำงานหาเงินไม่สามารถให้นมลูกได้

จากเดิมที่ผู้หญิงเป็นแรงงานสำคัญในภาคเกษตรกรรม มารดาสามารถทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูให้นมลูกไปพร้อมกับการช่วยเหลืองานในไร่นา แต่เมื่อต้องไปรับจ้างแรงงานเพื่อช่วยแบกภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น แม่ไม่สามารถพาเด็กไปทำงานด้วย จึงจำเป็นต้องเลิกนมก่อนกำหนด ทำให้เด็กได้รับนมแม่ระยะเวลาสั้นกว่าในอดีต

“ช่วงที่จักรีคลอดแม่ต้องทำงานรับจ้าง จึงให้กินนมแม่เพียงแค่ 3 เดือน หลังจากนั้นให้กินนมชงตลอด ช่วงนั้นครอบครัวก็แย่ ต้องช่วยกันหาเงิน”

“น้องฟิล์มกินนมแม่แค่ 1 เดือน หลังจากนั้นแม่เขาก็ไปทำงานที่กรุงเทพฯ ทิ้งให้น้ำช่วยเลี้ยง ก็ให้กินนมชงตลอด กินจนอายุ 1 ปี หลังจากนั้นเขาก็เลิกกินเอง”

“แม่เลิกกับพ่อน้องแบงค์ตอนท้องได้ 8 เดือน พอคลอดลูกก็ทำเรื่องไปได้หัววัน ให้เขากินนมแม่แค่ 3 เดือน”

- เชื่อว่านมผงสำเร็จรูปมีคุณค่า

ชาวอ่าวเข้าใจความสำคัญกับเด็กมาก ผู้ปกครองเชื่อว่านมผงสำเร็จรูปและอาหารเสริม เช่น ซีรีแลคซ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเหมาะกับการเลี้ยงทารก จึงเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้เด็ก ส่วนเหตุผลที่ทำให้มารดาคิดเช่นนั้นก็เนื่องมาจากการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง เช่น สื่อโทรทัศน์ เครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน

“ศักดิ์ชัยกินนมผงจนอายุ 6 ปี เขาตัวเล็ก ไม่ค่อยกินข้าว แม่ให้กินนมตราหมีรสน้ำผึ้ง กินก่อนนอนทุกคืน ตื่นมากินตอนกลางคืนด้วย แม่ก็ไม่ได้ให้เขาเลิก อยากให้เขาอ้วนกว่านี้”

“วันก่อนแม่ดูโทรทัศน์ เห็นโฆษณาว่ามีนมยี่ห้อหนึ่ง มีวิตามินมาก เราก็จะไปซื้อให้ลูกอยากให้เขาตัวโตแข็งแรง ไปถามที่บักซี แต่เขาว่ายังไม่มี เลยยังไม่ได้ซื้อมา”

“ให้ลูกกินนมผงตั้งแต่เกิดได้ 7 วัน เพราะนมแม่ใส ไม่มีประโยชน์ กินนมแม่แล้วต้องเสียบ่อย อยากให้เด็กแข็งแรง ให้กินนมดูเมกซ์ เห็นในโฆษณา ก็ลองซื้อมา ราคาไม่แพงมาก และก็คิดว่าดี มีประโยชน์ ทำให้ลูกแข็งแรง”

“ตอนนี้ลูกกินนมแม่ แต่อยากให้ลูกกินนมผง ลูกจะได้แข็งแรง แต่ที่บ้านจนไม่มีเงิน นมผงแพง นมแม่ไม่ต้องเสียเงิน แต่คิดว่านมแม่คงไม่ค่อยมีประโยชน์เท่านมผง เห็นลูกคนอื่นกินนมผงแล้วอ้วนกว่า”

เด็กชาวอาข่าจะได้รับนมแม่จนอายุประมาณ 1-2 ปี หลังจากนั้นอาหารหลักของเด็กได้แก่ข้าวสวยและกับข้าวครบ 3 มื้อ ผู้ปกครองส่วนใหญ่เล่าว่า เด็กในปัจจุบันไม่ชอบกินข้าว ไม่ชอบกินผัก การกินข้าวจะต้องมีผู้ปกครองคอยเคี่ยวเข็ญตลอด นอกจากนี้เด็กชอบดื่มนมเปรี้ยว และบริโภคขนมมากขึ้น ชาวบ้านเล่าว่าในอดีตเด็กจะได้กินขนมเฉพาะในวันงานพิธีกรรมต่างๆ โดยแม่บ้านจะทำขนมจากวัสดุในครัวเรือน เช่น แป้งข้าวเจ้าว เกลือ น้ำตาล ห่อด้วยใบตอง หรือข้าวเหนียวที่ตำผสมกับงาดำ นานๆ ครั้งจึงจะไปค้าขายในเมืองแล้วซื้อขนมกลับมา ในบางโอกาสจะมีนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือหมอสอนศาสนา นำมาขนมมาแจก ดังนั้นอาหารว่างของเด็กจึงมักเป็นผักและผลไม้ที่ปลูกตามบ้านหรือเก็บจากในป่า ซึ่งต่างจากในปัจจุบันที่เด็กจะได้กินขนมในความถี่และปริมาณมากขึ้น เนื่องจากขนมหาซื้อได้ง่าย มีหลากหลายชนิด สีสีนการบรรจุสวยงาม เก็บได้นาน และมีราคาไม่แพงซึ่งผู้ปกครองมีกำลังซื้อได้ อีกทั้งผู้ปกครองมีรายได้เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมจึงทำให้สามารถซื้อขนมให้เด็กได้ โดยจะเลือกซื้อตามความชอบของเด็ก เด็กรู้จักขนมจากรายการโทรทัศน์และจากเพื่อนที่โรงเรียน ขนมที่เด็กชอบมักเป็นขนมขบเคี้ยว เยลลี่ ลูกอมหมากฝรั่ง น้ำหวานผสมสี ขนมปัง เป็นต้น

“เมื่อก่อนที่หมู่บ้านจะมีฝรั่งมามาก เอาขนมมาแจก อาจารย์สอนศาสนาคริสต์ก็มาบ่อย บางทีก็มีอาสาสมัครชาวเกาหลีมาที่โบสถ์ พวกนั้นเขาจะเอาขนมมาแจกให้เด็กๆ” ชายวัย 42 ปีกล่าว

“เด็กเดี๋ยวนี้ได้เงินกินขนมเยอะ ได้กินมากกว่าสมัยที่พี่ๆเขาเป็นเด็กเยอะ ตอนนั้นเราก็ไม่ค่อยมีเงิน กว่าจะได้ไปในเมืองหรือจะได้อุ้มขนมกินนานๆครั้ง” มารดาวัย 41 ปีกล่าว

“พินิดาชอบกินขนมมาก อันนี้ย่าซื้อที่ห้วยไคร้ ถุงละ 5 บาท ซื้อมา 20 บาท เมื่อก่อนกินไป 2 ถุง ไม่กินข้าว กินแต่ขนม”

“ลูกชอบดูโทรทัศน์มาก เพลงหรือหนังเรื่องอะไรรู้หมด ไม่ค่อยกินข้าว ชอบกินขนม ขนมอะไรก็ชอบ ดูโทรทัศน์แล้วชี้ให้แม่ดู บอกว่าจะเอาแบบนี้ ไม่ซื้อให้ก็ร้องไห้”

ผู้ปกครองซื้อขนมให้เด็กโดยมีเหตุผลหลากหลาย เช่น เป็นของกินเล่น เป็นอาหารเสริมสำหรับเด็กที่ไม่ค่อยกินข้าว เป็นเครื่องมือในการต่อรองระหว่างแม่และลูกในการรับประทานอาหารหรือการไปโรงเรียน เป็นเครื่องยุติปัญหาเมื่อเด็กร้องไห้ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ และเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงออกของความรัก เป็นต้น ซึ่งแม้ว่าผู้ปกครองจะทราบว่าขนมหวานและลูกอมเป็นสาเหตุของการเกิดฟันผุ แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ไม่สามารถห้ามเด็กกินขนมได้ด้วยเหตุผลต่างกันไป เช่น

“เขาไม่กินข้าวเช้า แม่เลยให้เงินไปโรงเรียน 10 บาท จะได้ซื้อขนมกิน กลัวว่าเดี๋ยวจะหิว”

“ตอนนี้ลูกไปเรียนที่อนุบาลแม่ฟ้าหลวงเอาเงินไปวันละ 8 บาท อย่างต่ำต้อง 5 บาท บางทีก็ต้อง 10 บาทไม่อย่างนั้นไม่ยอมไปโรงเรียน ใช้เงินของตัวเองซื้อขนมหมดยังไม่พอ ต้องไปขอที่พี่ชายอีก”

“เวลาไปร้านขนม ถ้าไม่ซื้อให้เขา เขาจะไม่ยอม ลงไปร้อง ดิ้นที่พื้น เราก็อายชาวบ้านเขา ก็เลยต้องซื้อให้เขากิน”

“ถ้าลูกไม่ไปโรงเรียน จะพาไปขายของกับแม่ ที่บ้านไม่มีคนดูแล ปู่ก็แก่แล้ว คุณแม่ไม่ไหว ไม่มีย่า ต้องเอาไปด้วย ไม่ชน เพราะซื้อขนมให้ ถ้าไม่ซื้อให้ก็ชนเหมือนกัน ซื้อขนมให้จะได้ไม่แง ไม่ร้องให้ เราจะได้ทำงาน”

“พ่อจะซื้อขนมมาให้เขากิน บางที่เราเห็นเพื่อนๆของเขากิน เราไม่ให้กินก็เอ็นดู (สงสาร) เขา เพื่อนมีกินกันหมด ตอนเด็กๆเราก็ไม่ค่อยได้กิน เดี่ยวนี้พ่อก็มีเงินก็อยากให้ลูกได้กิน”

“ย่ามีพินดาเป็นหลานคนเดียวก็ให้เขากินเต็มที่ จะกินอย่างไรก็ได้ อยากกินอะไรก็ซื้อให้ ให้กินขนมตั้งแต่เด็ก พี่ยังไม่ขึ้นก็ให้กินได้แล้ว บางทีพ่อก็ซื้อมาบ้าง แม่ซื้อมาบ้าง แต่อยู่กับแม่ไม่ค่อยขอ อยู่กับย่าจะขอบ่อย ย่าจะให้เพราะรักเขามาก”

แต่อย่างไรก็ตามมีบางครอบครัวที่จำกัดการกินขนมของเด็ก ทั้งนี้เนื่องมาจากฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หรือในบางครอบครัวได้พยายามสร้างวินัยในการกินขนมให้เด็ก ซึ่งพบว่าเด็กในครอบครัวเหล่านี้ไม่มีฟันผุ

“เด็กจะไม่ค่อยได้กินขนม แม่จะให้เงินคนละ 1 บาท บางวันไม่มีเงินก็ไม่ได้ให้เงิน เด็กก็รู้เข้าใจ ไม่แงแง”

“ให้กินข้าวก่อน ยังไม่ให้อาหารขนม ไม่อย่างนั้นเดี๋ยวจะกินข้าวไม่ได้ ถ้ากินขนมก่อนก็ไม่ยอมกินข้าว ชอบกินขนมมาก ต้องเอาขนมไว้ที่สูงๆ ให้เขาหยิบไม่ได้ ถ้าอยากกินก็จะหยิบให้”

“ตอนที่เขายังเด็กยังไม่เข้าโรงเรียน ผมจะไม่ให้ลูกกินลูกอมเลย กลัวว่าลูกจะฟันผุ เพิ่งจะให้กินตอนไปโรงเรียน พอเขาโตขึ้นไปโรงเรียนแล้วห้ามยาก เห็นเพื่อนกินก็อยากกิน”

สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียนนั้น ครูผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในหมู่บ้าน จะจำกัดให้เด็กนำเงินไปโรงเรียนวันละ 2 บาท ในแต่ละวันครูผู้ดูแลเด็กจะนำเงินไปซื้อขนมขบเคี้ยว ขนมสำเร็จรูปของละ 1 บาทแจกให้เด็กในเวลา 10.00 น. ส่วนอาหารว่างในช่วงบ่ายนั้นเด็กจะได้รับแจกนมรสหวาน โดยครูผู้ดูแลเด็กเล่าว่า เดิมเคยให้เด็กดื่มนมรสจืด แต่เด็กไม่ชอบกิน เด็กเกือบทุกคนจะกินไม่หมด ดังนั้นจึงเปลี่ยนเป็นนมรสหวานแทน ซึ่งเด็กจะกินในปริมาณที่มากกว่า ส่วนที่โรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวงนั้น ครูไม่ได้จำกัดการบริโภคขนมของเด็ก เด็กจะได้รับขนมตามเงินที่ผู้ปกครองมอบให้เด็กไปซื้อด้วยตนเอง โดยมีร้านขายขนมหลายร้านระหว่างทางจากบ้านจนกระทั่งถึงโรงเรียน

“ตอน 10 โมง จะแจกขนม ส่วนมากเป็นขนมซองของละ 1 บาท ไม่ให้กินนมหวานเพราะว่าเด็กจะฟันผุ พอ 11 โมงก็ให้กินข้าว แล้วก็นอนกลางวัน ตื่นมาอีกทีก็บ่าย 3 ก่อนกลับบ้านก็จะให้กินนม เป็นนมหวาน เคยให้เด็กกินนมจืด แต่เด็กๆไม่ชอบกิน เหลือเป็นประจำ บางครั้งต้องเอาน้ำตาลมาเติมเด็กจึงจะกิน หลังๆ เลยบอกทาง อบต.ให้เขาสั่งนมหวานแทน เด็กกินมากกว่า” ครูผู้ดูแลเด็กกล่าว

“เมื่อก่อนพวกเด็กโตจะได้แจกนมหวาน น้องอนุบาลได้แจกนมจืด แต่เค้าไม่ชอบกิน ชอบเอามาแลกกับพื้มัธยม ตอนนี้เปลี่ยนเป็นนมหวานหมดแล้วละ” เด็กนักเรียนชั้น ม.3 กล่าว

6. พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคฟันผุ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า วิธีการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของชุมชนนั้นมีหลายวิธี เช่น การดูแลอนามัยในช่องปากด้วยวิธีการดั่งที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อของพฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก นอกจากนั้นชาวบ้านบางคนเชื่อว่าสามารถป้องกันโรคฟันผุได้โดยการควบคุมการกินขนมในเด็ก การใช้ไม้เขี่ยเศษอาหารที่ติดฟันออก หรือการใช้ยาบางชนิด มีชาวบ้านบางคนเชื่อว่าเมื่อใช้ยาแก้ปวดฟันยี่ห้อเอ็ม 16 ซึ่งเป็นยาชนิดน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำมันกานพลู (clove oil) จะช่วยป้องกันไม่ให้ฟันผุได้

“ใช้น้ำที่พ่นไม่ให้พ่นเป็นเมฆก็ได้ ย่าเคยทำให้พนิดา แต่ยามันเหม็น เดี๋ยว เขาไม่ชอบ ไม่ยอมมาให้ทา พ่นเลยเป็น หรือถ้าใครปวดพ่นเอาใส่สาลีแล้วอุดไว้ก็จะหาย ชาวบ้านแถวนี้ถ้าเขาปวดก็จะมาขอที่นี้ ตอนนีก็ใกล้หมดแล้ว ต้องเก็บกล่องไว้ เวลาไปซื้อที่ห่วยใครก็เอากล่องไปให้เขาดู”

สำหรับพฤติกรรมในการป้องกันพ่นฝุ่นในเด็กก่อนวัยเรียนนั้น ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคพ่นฝุ่นในเด็กวัยนี้ แม้จะพบว่าเด็กในครอบครัวเหล่านี้มีพ่นฝุ่นค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่เชื่อว่าพ่นน้ำนมไม่มีความสำคัญ พ่นน้ำนมต้องหยุดเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น การเกิดพ่นฝุ่นในเด็กเป็นเรื่องของธรรมชาติที่เด็กทุกคนมีโอกาสเป็น และเป็นเรื่องของกรรมพันธุ์

พฤติกรรมการรักษาโรคของชาวบ้านเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับการมีอาการผิดปกติ ตลอดจนการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำการใดๆ ลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกตินั้น ถ้าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงมากนัก หรือมีผลกระทบน้อย ชาวบ้านจะมีการปรับตัวหรือเลือกที่จะยอมทนต่อปัญหา และรอดูอาการเพื่อตัดสินใจแสวงหาวิธีการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ โดยเริ่มจากวิธีการที่สามารถพึ่งพาตนเองก่อนเป็นอันดับแรก จะหาวัสดุหรือสิ่งของที่อยู่ใกล้ตัวมาบำบัดรักษาอย่างง่าย เช่น การใช้สมุนไพร การใช้เกลือ การเคี้ยวหมาก การใช้มะเขือหรือกระเทียมอุดบริเวณพ่นที่เป็นรู เป็นต้น นอกจากนี้ชาวบ้านบางคนเล่าว่า เคยใช้ปุยยูเรียที่ใช้ใส่พืช ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาแก้ปวดพ่นตราเอ็ม 16 ยาแก้ปวดลดไข้ชนิดเม็ด หรือน้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ใส่บริเวณพ่นที่ปวด

“เคยปวดพ่นเมื่อตอนอายุ 20 ปีกว่า ตอนนั้นปวดมาก ปวดเป็นปี ยังอยู่ที่บ้านลิเซ ตอนนั้นเพื่อนบ้านเขาแนะนำให้แปร่งพ่น ก็เลยลองแปร่งพ่นดู จะหายปวดพ่นเป็นพักๆ แล้วก็ปวดมาอีก มีคนเขาแนะนำให้เคี้ยวหมาก ตั้งแต่นั้นมาก็ไม่ปวดอีกเลย”

“ถ้าใครปวดพ่นเอายา (ยาแก้ปวดพ่นตรา เอ็ม 16) ใส่สาลีแล้วอุดไว้ก็จะหาย ชาวบ้านแถวนี้ถ้าเขาปวดก็จะมาขอที่นี้ ตอนนีก็ใกล้หมดแล้ว ต้องเก็บกล่องไว้ เวลาไปซื้อที่ห่วยใครก็เอากล่องไปให้เขาดู”

หากวิธีการรักษาในเบื้องต้นไม่ได้ผล หรืออาการของโรคมีความรุนแรงเกินกว่าที่จะสามารถจัดการได้ในครอบครัว ชาวบ้านจะเริ่มแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆต่อไป ชาวบ้านเล่าว่าในอดีตหากมีอาการปวดฟันมากจนทนไม่ไหว จะมารับการรักษาที่หมอสุมไพร โดยหมอจะใช้สมุนไพรที่หาเก็บได้ในป่าร่วมกับการใช้คาถาอาคมอุดบริเวณฟันที่ปวด นอกจากนี้ฟันผุยังรักษาได้ด้วยการใช้เหล็กแหลม ลนไฟ้บริเวณฟันที่เป็นแมง นอกจากนี้ชาวบ้านบางคนอาจเลือกไปรับการรักษาที่หมอฟันบ้านที่อยู่บริเวณชายแดนไทย-พม่า

“เอาเหล็กแหลมลนไฟ้ จี้ไปที่ฟันที่ปวด ฆ่าแมงให้มันตาย แล้วก็
จะไม่ปวดอีก แต่ต้องใช้คาถานะ ถ้ามีคาถาแล้วเวลาทำจะไม่
ปวด” หมอสุมไพรวัย 69 ปีกล่าว

“สมัยเมื่อ 40 ปีก่อน ผมเคยปวดฟันมาก ปวดเป็นปี ทนไม่ไหว
จึงไปหาหมอจีนที่พม่า หมอใช้ไข่เอามาคว่ำให้ร้อนพร้อมกับเป่า
คาถา เอาไข่อุดไว้ในฟันที่ปวด ตอนนั้นปวดฟันข้างซ้าย หลังจาก
นั้นเขาก็ให้ตะแคงหน้าลงด้านซ้าย แล้วเอาถ้วยที่ใส่ขี้เปอะ
(โคลน) วางไว้ที่หูด้านขวา พอเขาเป่าคาถา ก็เห็นแมงออกมาที่
ถ้วยตั้ง 32 ตัว ผมเห็นกับตาตัวเองเลยนะ” ชายวัย 51 ปีกล่าว

ส่วนการใช้เกลือในการรักษาโรคในช่องปากนั้น หมอสุมไพรเล่าว่า จะใช้เกลือรักษาในกรณีที่โรคเกิดบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน เช่น เหงือก กระพุ้งแก้ม ลิ้น ไม่ใช้รักษาโรคฟันผุที่เกิดจากแมงกินฟัน

“เกลือใช้เวลามีแผลที่ปาก ที่ลิ้น เวลาร้อนใน หรือฟันที่ยังไม่ขึ้น
จะเสกคาถาที่เกลือ แล้วใช้ผสมน้ำให้ดื่ม” หมอสุมไพรวัย 61 ปี
กล่าว

ชาวบ้านจะเลือกรักษาอาการผิดปกติในช่องปากด้วยวิธีการต่างๆที่กล่าวมานี้ ตามคำบอกเล่าจากคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน เมื่อนำมาปฏิบัติกับตนเองก็พบว่าได้ผล จึงแนะนำแกผู้อื่นต่อไป อย่างไรก็ตามชาวบ้านส่วนใหญ่มีความเห็นว่า วิธีการดังกล่าวข้างต้นเป็นเพียงการรักษาชั่วคราว การรักษาด้วยการถอนฟันเป็นวิธีการที่สามารถขจัดอาการปวดฟันได้อย่างถาวร

แต่การถอนฟันก็เป็นทางเลือกสุดท้ายที่ชาวบ้านจะตัดสินใจเลือก โดยจะรอจนมีอาการปวดอย่างรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิต เช่น เป็นไข้ บวม นอนไม่หลับ เป็นต้น

สำหรับการรักษาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนนั้น หากเด็กมีฟันผุในระยะเริ่มแรกในชั้นผิวเคลือบฟันหรือฟันเปลี่ยนสี ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบหรือหากสังเกตเห็นก็มักคิดว่าไม่ใช่ความผิดปกติ จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องทำการรักษาแต่อย่างใด เมื่อฟันผุเกิดรูหรือโพรงฟันขึ้นมีเศษอาหารติด ผู้ปกครองก็จะใช้ไม้เขี่ยเศษอาหารออกให้ ในกรณีที่มีอาการปวดฟัน ผู้ปกครองจะสังเกตอาการประมาณ 2-3 วัน หากอาการทุเลาก็จะไม่ไปรับการรักษา จะปล่อยให้ฟันผุลุกลามมากแล้วเกิดการโยกหลุดเอง ผู้ปกครองจะคิดว่าฟันผุเป็นปัญหาที่ต่อเมื่อฟันโยกแล้วทำให้เด็กไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ซึ่งผู้ปกครองก็จะบริหารจัดการโดยการดึงฟันน้ำนมออกให้เอง หากอาการไม่ดีขึ้น มีความรุนแรงหรือผู้ปกครองไม่สามารถจัดการกับโรคได้ จึงจะไปรับการรักษาจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่คือที่สถานีอนามัย โดยโรคมักจะลุกลามไปมากแล้ว การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการถอนฟัน อย่างไรก็ตามผู้ปกครองส่วนใหญ่เชื่อว่าการถอนฟันน้ำนมไม่มีผลกระทบใดๆและเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นจะมีฟันถาวรขึ้นมาแทนที่ และเชื่อว่าการถอนฟันจะรักษาอาการปวดฟันอย่างได้ผลแน่นอน ต่างกับการอุดฟันซึ่งส่วนใหญ่เชื่อว่า อาจจะทำให้มีอาการปวดฟันได้อีก การที่ผู้ปกครองกลุ่มนี้เลือกรับการรักษาที่สถานีอนามัยเนื่องจากมีความเชื่อถือไว้วางใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยอยู่ใกล้กับหมู่บ้าน และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

“ฟันหน้าเขาเป็นแบบนี้ตั้งแต่เกิด ไม่ปวด รอให้มันหลวมก่อน แล้วก็ดึง ให้คนที่มีเล็บดึง แต่ถ้ามันละลายถึงเหงือกแล้วดึงยาก ต้องใช้คีม ใช้คีมอะไรก็ได้ที่แหลมคีบฟันออก แต่ถ้าไม่ปวดก็ไม่ต้องทำอะไรได้ พอโตอีกหน่อยฟันก็จะหลุด มีฟันใหม่ขึ้นมาแทน”

“ให้พ่อเขาดึงให้ ทำในฟันที่โยกๆ ถ้าฟันเหลือเยอะก็จะดึงได้ แล้วใช้ถ่านกั้วให้เลือดหยุด แต่เดี๋ยวนี้ใช้สำลี ผ้า หรือว่ากระดาษทิชชูก็ได้”

“ฟันของปู่ก็เป็นรูมานานแล้ว เวลากินข้าวเศษอาหารจะไปติดครุหรือแม่ก็จะหาไม้มาเขี่ยให้ แต่เมื่อ 2-3 คีนมานี้ปวดมาก ไม่ได้นอนเลย ดึงออกเองไม่ได้ เพราะว่ามันอยู่ในเหงือก แม่จึงพามาถอนฟัน”

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจรับการรักษาที่สถานีนามัยนั้น มีหลากหลายแตกต่างกันไป เช่น

□ ความกลัว

ความกลัวในการมารับการรักษาโรคฟันผุของชาวบ้านเกิดจากทั้งที่เป็นประสบการณ์ตรงในอดีต หรือจากการบอกเล่าของคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เช่น

“ตอนนั้นปวดฟันมาก ไปให้หมอที่อนามัยตอน หมอบอกว่าถอนไม่ได้ ต้องไปแม่จัน แต่พอดีมีหมอมมาจากกรุงเทพ มาถอนให้ พอถอนเสร็จ เลือดไหลไม่หยุด หมอต้องพาไปโรงพยาบาลที่เชียงราย กลัวมาก แม่เลยไม่กล้าพาลูกมาถอนฟัน กลัวว่าจะเป็นเหมือนกัน”

“เห็นคนข้างบ้านเขาไปถอนฟันกับหมอที่มาจากกรุงเทพฯ เลือดไหลไม่หยุด ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล เลยไม่กล้าไปถอนฟัน กลัวเป็นเหมือนเขา”

“ถ้าปวดฟันหนูจะให้แม่ใช้มือหรือคีมแหลมๆดึงให้ เจ็บครั้งเดียวไม่กล้าไปถอนที่อนามัย หนูเคยไปถอนฟันนั้น หมอฉีดยาชาตั้ง 3 เข็ม เจ็บมาก”

“เคยพาไสรยาไปอุดฟัน วันนั้นร้องมากไม่ยอม เห็นแล้วสงสาร ร้องเสียงดังไปทั่วอนามัย เลยไม่อยากพาไปอีก คิดว่ารอให้โตกว่านี้ค่อยพามาอีกที ถ้าเขาปวดมากก็จะให้ครูพาไป เห็นหมอบอกว่าตอนที่ครูพามาไม่ร้อง”

□ ความเชื่อถือ

ผู้ปกครองบางคนพาเด็กมารับการรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากมีความเชื่อถือและยอมรับในตัวผู้ให้บริการ ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่คนปัจจุบันอยู่ประจำที่สถานีนามัยเป็นเวลา 9 ปี และชาวบ้านเชื่อในผลการรักษาในอดีต เพราะเคยพาเด็กมาถอนฟันแล้วเด็กไม่มีอาการปวดฟันอีก

“เคยถอนฟันคุด เมื่อ 4 เดือนที่แล้ว ตอนนั้นฟันเหลือแต่ตอ ปวดมาก หมอถอนฟันใช้เวลา 2 ชั่วโมง แต่ไม่เจ็บ หมอให้ยาแก้ปวด เลือดก็หยุดดี ถ้าลูกจะต้องถอนฟันก็จะพามาถอนที่นี่”

“เคยพาอาตงมาอุดฟันเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว แต่พออุดไปแล้วเขาก็ยังปวดอีก ไม่หาย ตอนนั้นบวมเลย หมอบอกว่าต้องถอน ถ้าครวหลังเป็นซี่อื่นอีกก็อยากให้หมอถอนเลย ไม่อุดแล้ว”

□ เวลา

ผู้ปกครองบางคนจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพ การหยุดทำงานทำให้ขาดรายได้ของครอบครัว ดังนั้นจึงไม่ได้พาลูกไปรับการรักษา หากจะมารับการรักษาในวันหยุดสุดสัปดาห์ทางสถานีนามัยก็ปิดทำการเช่นกัน ส่วนบางคนให้ข้อมูลว่า เคยมารับการรักษาแต่เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ ไม่ได้รับการรักษา ทำให้เสียเวลา

“ไม่ได้พาไปหาหมอ ต้องไปทำงาน วันเสาร์อาทิตย์หมอก็หยุดเลยไม่ได้พาไป คิดว่าจะรอให้ครูปาไป”

“เคยพาสูสีไปหาหมอ เขาปวดฟันมาก ไปหาวันเสาร์ โดนหมอบอกว่าทำไมไม่พามาวันที่หมอทำงาน เราจะมีได้อย่างไร เราไม่ได้กำหนดได้ว่าต้องปวดหรือไม่ปวดวันไหน”

แม้ว่าจากผลการตรวจสอบสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้จะพบว่าเด็กบางคนได้รับการอุดฟัน ถอนฟัน แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเด็กเคยได้รับการอุดฟันมาก่อน โดยเด็กส่วนใหญ่ได้รับการรักษาจากการหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ โดยได้รับการอุดฟัน (จำนวน 11 คน) ถอนฟัน (จำนวน 2 คน) ได้รับการอุดฟันและถอนฟันที่สถานีนามัย (จำนวน 4 คน และ 2 คน ตามลำดับ) โดยครูผู้ดูแลเด็กมักจะเป็นผู้พามารับการรักษา ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่าภาระหน้าที่ในการพาเด็กไปทำฟันนั้นเป็นหน้าที่ของครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้ความไว้วางใจและเชื่อถือในการตัดสินใจแก่ครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“หมอบอกว่าลูกมีฟันผุ แต่ไม่เคยปวด เห็นว่าครูเคยพาถูกไปหาหมอนะ” มารดาวัย 34 กล่าว

“หมอื่ื่อนามั้มาตรวจฟันที่โรงเรียน แล้วเขาก็บอกผู้ปกครองให้พาไปหาหมอ ถ้าเราไม่พาไปบางครั้งครูที่ศูนย์เด็กเล็กเขาก็พาไป แต่ครูที่อนุบาลแม่ฟ้าหลวงไม่ยอมพาไป ให้นักเรียนเดินไปกับเพื่อนเอง แม่เห็นโรงเรียนที่พื้นราบเขาก็ให้ครูพาไป คิดว่าครูน่าจะพาไปนะ” มารดาวัย 30 ปีกล่าว

“ต้องตรวจฟันและส่งรายงานไปที่ สปอ.ทุกเดือนมิถุนาและเดือนธันวาคม จะขอให้หมอื่ื่อนามั้มาตรวจฟันที่โรงเรียน เพราะว่าไม่แน่ใจว่าจะตรวจถูกไหม เพราะว่ามันน่าจะตรวจที่ ดูไม่ออกว่าฟันผุเป็นอย่างไร พอหมอตรวจเสร็จ ทางโรงเรียนก็จะส่งนักเรียนไปรับการรักษาที่สถานื่ื่อนามั้” ครูอนามั้กล่าว

7. กรณีศึกษา

จากการศึกษาเจาะลึกในครอบครัว 15 ครอบครัว โดยการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว ร่วมกับการสังเกตสภาพแวดล้อม กิจกรรมและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยได้คัดเลือกกรณีศึกษา 7 ครอบครัว ซึ่งมีประเด็นแง่มุมที่น่าสนใจ ที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในระดับครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ อันจะมีผลทำให้สภาวะโรคฟันผุมีความเหมือนกันหรือแตกต่างกันไป

7.1 ครอบครัวของเด็กหญิงนพจิรา

นพจิรา อายุ 4.5 ปี มีพี่น้อง 3 คน คือ พิษณุ อายุ 13 ปี ศักดิ์ชัย อายุ 8 ปี และ นพจิรา ซึ่งเป็นลูกสาวคนสุดท้องของครอบครัว มีสมาชิกอาศัยรวมกัน 6 คน ได้แก่ ย่าที่อยู่อาศัยในวัยชรา ไม่ค่อยแข็งแรง เป็นโรคเบาหวานต้องฉีดยาอินซูลินเป็นประจำทุกวัน พ่ออายุ 36 ปีมีอาชีพทำสวนปลูกดอกไม้และเป็นคณะกรรมการของหมู่บ้านตำแหน่งสารวัตรกำนัน และแม่อายุ 30 ปี อาชีพค้าขาย แม่ต้องไปขายของตั้งแต่ 8 โมงเช้าถึง 5 โมงเย็น หากวันใดที่ไม่ได้ไปค้าขายก็จะไปช่วยพ่อทำสวนดอกไม้ พ่อเป็นลูกชายคนโต และมีน้องอีก 3 คนซึ่งทำงานรับจ้างที่ประเทศไต้หวัน ส่งเงินมาช่วยค่ารักษาพยาบาลของย่า ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 28,720 บาทต่อคนต่อปี

แม่เล่าว่าในช่วงที่พิษณุยังเล็ก ครอบครัวยังมีฐานะความเป็นอยู่อย่างลำบากยากจน พิษณุกินนมแม่จนกระทั่งอายุ 2 ปี ชอบกินผักและผลไม้ พิษณุมักไม่ได้กินขนม เพราะครอบครัวฐานะยากจน ในปี พ.ศ.2537 ที่ศักดิ์ชัยคลอด ช่วงเวลานั้นพ่อกับแม่ทำงานหนักมากเพราะเป็นช่วงที่กำลังสร้างฐานะ เพื่อให้ครอบครัวมีอยู่มีกิน ในช่วงนั้นพ่อกับแม่แทบจะไม่มีเวลาดูแลลูก แม่ไม่ได้พาเด็ก ๆ ไปที่สวนดอกไม้ด้วยเพราะมียุ่งเยอะ จึงฝากให้อาและย่าช่วยดูแล ศักดิ์ชัยเป็นเด็กเลี้ยงยาก แรกคลอดมีน้ำหนัก 3,600 กรัม ไม่ค่อยได้กินนมแม่เนื่องจากนั้นแม่ต้องทำงานหนัก ศักดิ์ชัยจึงกินนมผงชงใส่ขวด โดยเริ่มกินตั้งแต่อายุได้ 4 เดือนจนถึงอายุ 6 ปี แม่ให้ศักดิ์ชัยกินนมขวดเป็นระยะเวลาานเพราะแม่คิดว่า ศักดิ์ชัยผอม ไม่ค่อยกินข้าว แม่จึงพยายามให้นมเสริม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลากลางคืนกินนมขวดวันละ 5-6 ขวด ศักดิ์ชัยชอบกินขนมมาก ในบางวันกินแต่ขนมโดยไม่กินข้าวเลย แม่ซื้อน้ำหวานและขนมเก็บไว้ที่บ้าน เพราะเกรงว่าลูกจะผอมกว่านี้ การที่ลูกกินขนมหรือน้ำหวานดีกว่าที่ลูกไม่ยอมกินอะไรเลย ส่วนนพจิรานั้นชอบกินนมแม่ กินนมแม่จนอายุ 1 ปี หลังจากนั้นแม่ให้ลูกกินนมขวดแต่ลูกไม่ชอบกิน จึงให้กินข้าวเป็นอาหารหลักตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

ปัจจุบันครอบครัวพอที่จะมีรายได้มากขึ้น สวนดอกไม้สามารถทำรายได้ให้ครอบครัวเป็นอย่างดี แม่จึงอยากให้ลูกๆ กินขนมบ้าง เพราะขนมกับเด็กเป็นของคู่กัน ในยามที่แม่เป็นเด็กก็อยากกินขนมแต่ก็ไม่ได้กิน เมื่อมีโอกาสจึงอยากให้ลูกได้กินบ้าง แม้ว่าแม่จะทราบว่ามันทำให้ลูกฟันผุก็ตาม ในช่วงไปโรงเรียนเด็กทั้ง 3 คนจะได้เงินค่าขนมไปโรงเรียนวันละ 10 บาท ซึ่งนพจิรามักจะไม่พอใช้ ต้องไปขอลูกพี่ชายคนโตเป็นประจำ ทุกเย็นแม่ก็มักจะซื้อขนมจากร้านค้าหรือรถเร่มาฝากเด็กๆ เพื่อเป็นอาหารว่าง โดยถ้าเด็กๆ เห็นรถเร่จะทราบว่าจะต้องได้ทานขนม หากแม่ไม่ซื้อให้ก็จะร้องไห้ แงแง แม่จึงต้องซื้อเป็นประจำแทบทุกครั้ง

แม่เล่าว่าฟันน้ำนมของพิษณุสวย ไม่มีฟันผุ ไม่เคยปวดฟัน ขาวสะอาด ต่างจากฟันหน้า น้ำนมของศักดิ์ชัยที่มีสีดำ ค่อยๆ ทุร่นไปเรื่อยๆ จนเหลือแต่ตอ ลักษณะเช่นนี้เรียกว่า เจาะก็ก็ออ เดิมแม่เคยมีความวิตกกังวลกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ เคยสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัย หมอบอกว่า เป็นเพราะศักดิ์ชัยกินนมขวดมากจนกินไปและไม่ได้แปรงฟัน เคยสอบถามหมอที่โรงพยาบาลแม่จัน หมอบอกว่า ช่วงที่แม่ท้องหรือช่วงที่ลูกยังเล็กได้กินยาบางอย่างที่ไปทำให้ฟันดำ แต่แม่ยืนยันว่าไม่ได้ให้ลูกกินยาอื่น ๆ นอกจากยาที่ได้รับจากสถานีอนามัยและที่โรงพยาบาล และแม่เองสังเกตว่าในช่วงแรกที่ฟันเริ่มขึ้น ฟันของลูกมีสีขาว เริ่มเปลี่ยนเมื่อเข้าเรียนที่ศูนย์เด็กเล็ก อย่างไรก็ตามย่าบอกกับแม่ว่า ความผิดปกตินั้นมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ เพราะว่าอาของศักดิ์ชัยเคยมีลักษณะเช่นนี้ และเมื่อฟันแท้ขึ้นก็จะเป็นปกติ ปัจจุบันศักดิ์ชัยมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่แล้วและไม่มีความผิดปกติใดๆ แม่จึงเชื่อว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ และคิดว่าลูกของศักดิ์ชัยก็อาจจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้อีก

ส่วนนพจิราไม่มีฟันผุ (dmft = 0) ฟันขาวสะอาด แม่เคยพาไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่สถานอนามัยเจ้าหน้าที่เคยแนะนำว่า เมื่อฟันขึ้นให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดทำความสะอาด แม่จึงใช้ผ้าอ้อมเช็ดทุกเช้า เมื่อมีฟันขึ้นหลายซี่จึงเริ่มแปรงฟันให้ในช่วงแรกๆหลังจากนั้นแม่จะให้แปรงฟันด้วยตนเอง โดยแม่จะบอกและกระตุ้นเตือนอยู่เสมอเพราะไม่อยากจะให้ฟันของนพจิราเป็นเหมือนฟันของพี่ชาย เพราะพี่ชายทั้งสองคนของนพจิราไม่ค่อยชอบแปรงฟัน ต้องคอยควบคุมและบังคับอย่างไรก็ตามแม่ไม่ได้ควบคุมบังคับอย่างสม่ำเสมอ เพราะเห็นว่าเขาโตแล้ว และดีดมาก การบอกรับแปรงฟันเป็นเรื่องยากมาก ทำให้ต้องอารมณ์เสียเป็นประจำ

หากเด็กๆฟันโยก พ่อก็มักจะเป็นคนดึงให้ เพราะรากฟันของเด็กจะสั้น สามารถดึงออกได้ง่าย โดยใช้มือหรือคีมเหล็กก็ได้ เด็กจะเจ็บเพียงครู่เดียว หากไปพบหมอก็ต้องฉีดยาชา แม่คิดว่า การฉีดยาชาเป็นช่วงที่เจ็บที่สุด และคิดว่าลูกคงจะทนไม่ได้ ฟันหลังของศักดิ์ชัยเคยมีแมงกินจนเป็นรู มีอาการปวดและบวมมาก พ่อไม่สามารถดึงออกให้ได้ แม่จึงพาไปถอนฟัน ลูกร้องอาละวาดเสียงดังมาก หลังจากนั้นแม่ไม่อยากจะพาไปอีก เพราะหากแม่พาไปลูกมักจะร้องไห้แงแแง และแม่เองก็สงสารลูก ไม่อยากเห็นลูกร้องไห้ เจ้าหน้าที่เคยเล่าว่า เวลาที่ครูพามารับการรักษาศักดิ์ชัยไม่อาละวาด แม่จึงอยากให้ครูเป็นผู้พาไป เพราะเด็กคงกลัวครู ส่วนเหตุผลอีกข้อหนึ่งที่แม่เห็นว่าครูควรพาเด็กไปรับการรักษา เพราะว่าผู้ปกครองไม่ว่างต้องไปทำงาน

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวเด็กหญิงนพจิรา

บริบททางสังคมวัฒนธรรมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก กล่าวคือ แม่จะอยู่ในครอบครัวเดียวกัน แต่ลักษณะการดูแลสุขภาพของเด็กทั้งสามคนนั้นแตกต่างกัน พิษณุพี่ชายไม่มีฟันผุ แม้ว่าแม่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในช่องปาก ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลานั้นฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี เด็กบริโภคขนมหวานในปริมาณและความถี่ที่น้อย ต่างจากศักดิ์ชัยที่มีฟันผุหลายซี่ ซึ่งน่าจะเกิดจากการกินนมขวดและนมในปริมาณและความถี่ที่ไม่จำกัด เพราะแม่รู้สึกว่าการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กไม่ได้ดูแลอย่างเต็มที่ เด็กไม่ได้รับนมแม่ในปริมาณที่พอเพียง น้ำหนักน้อย แม่จึงพยายามหาสิ่งมาทดแทน อยากให้ลูกแข็งแรง หลังจากนั้นแม่เกิดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ศักดิ์ชัยฟันผุ โดยการรับรู้ข่าวสาร แม่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้แม่ให้ความสนใจดูแลสุขภาพในช่องปากของนพจิราเพิ่มขึ้น ทำให้นพจิราไม่มีฟันผุ

สำหรับความเชื่อและวิถีคิดตลอดจนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับโรคฟันผุของครอบครัวนี้ ส่วนหนึ่งมีฐานมาจากระบบคิดแบบวัฒนธรรมชาวบ้าน การตัดสินใจมักครอบคลุมทางเลือกหลายๆทาง ในบางขณะครอบครัวอาจมองข้ามความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยถือว่าเป็น “ความปกติ” หรือ “เป็นธรรมดา” ครอบครัวอาจตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีการที่เขารู้จักหรือเลือกขอคำปรึกษาจากเพื่อนบ้าน ญาติ หรือชาวบ้านคนอื่นๆที่ชำนาญ

7.2 ครอบครัวของเด็กชายศุภชัย (น้องแบงค์)

น้องแบงค์อายุ 2.1 ปี เป็นลูกชายคนเล็ก มีพี่ชาย 1 คนคือ น้องบอย อายุ 6 ปี เรียนอยู่ชั้น ป.1 ที่โรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวง ส่วนน้องแบงค์ยังไม่เข้าโรงเรียน เพราะแม่เห็นว่ายังอายุน้อยเกินไป ลูกยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ที่บ้านของน้องแบงค์มีสมาชิกทั้งหมด 4 คน พ่อแม่ลูก พ่ออายุ 28 ปีมีตำแหน่งเป็นประธานสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.). ตำบลแม่ฟ้าหลวง ส่วนแม่อายุ 27 ปี อาชีพค้าขาย ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 24,250 บาทต่อคนต่อปี เดิมพ่อกับแม่ทำงานรับจ้างในโครงการพัฒนาออยตุงฯ หลังจากแต่งงานมีครอบครัวแล้ว พ่อจึงตัดสินใจไปทำงานรับจ้างที่ประเทศไต้หวัน เป็นเวลา 3 ปี

ในปีที่น้องบอยคลอด พ่อยังทำงานที่ไต้หวัน และจะส่งเงินประมาณเดือนละ 3-4 หมื่นบาทมาเป็นประจำทุกเดือน แม่จะประหยัด เก็บหอมรอมริบ เพราะสงสารพ่อที่ต้องทำงานล่วงเวลาเป็นประจำ โดยในขณะนั้นแม่ยังคงอาศัยอยู่กับปู่และย่า ส่วนบ้านของตาและยายก็อยู่ในละแวกเดียวกัน ทั้งหมดต่างช่วยกันดูแลน้องบอย น้องบอยเลี้ยงง่าย ไม่อแง น้องบอยกินนมแม่จนอายุ 1 ปี ชอบกินผักและผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว

ในปี พ.ศ.2541 หลังจากที่พ่อกลับมาจากไต้หวัน ครอบครัวของน้องแบงค์ได้ย้ายมาปลูกบ้านใหม่ในบริเวณบ้านของปู่กับย่า แม่คลอดน้องแบงค์ในปี พ.ศ.2542 ซึ่งเป็นระยะที่ครอบครัวเริ่มมีฐานะดีขึ้น พ่อได้รับเลือกตั้งเป็นประธานสมาชิกอบต.แม่เล่าว่า น้องแบงค์เลี้ยงยากกว่าน้องบอย ออแง ดื้อและซน ขณะนี้ยังกินนมแม่ โดยกินวันละหลายๆ ครั้งรวมทั้งช่วงเวลาที่ติดด้วย แม่คิดว่าจะให้กินไปเรื่อยๆจนกว่าจะมีลูกคนใหม่ น้องแบงค์ชอบกินขนมมาก โดยเฉพาะหมากฝรั่ง และลูกอมฮอลล์ จะกินก่อนนอนเกือบทุกวัน ถ้าไม่ให้กินลูกจะร้องไห้กวน ไม่ยอมนอน

แม่จะเป็นผู้ดูแลลูกๆ หากแม่ไปขายของก็จะพาน้องแบงค์ไปด้วย ส่วนวันเสาร์และอาทิตย์ ถ้าพ่อไม่ได้ไปทำงานลูกจะอยู่กับพ่อ โดยมักจะดูโทรทัศน์ร่วมกัน เด็กๆชอบดูโทรทัศน์มาก บางวันเด็กทั้งสองคนจะไปเล่นที่บ้านของยาย เด็กๆชอบไปบ้านยาย เพราะว่ายายแจกขนมให้บ่อยๆ เด็กๆจะชอบกินขนมมาก น้องบอยและน้องแบงค์มักจะไม่กินข้าวเช้า อาหารเช้ามักจะชอบกิน ขนมปังทาแยมและนม 1 กล่อง บางวันอาจจะกินน้ำเต้าหู้และปาต่องโก๋ โดยแม่ซื้อจากรถเร่ที่เข้ามาในหมู่บ้าน ช่วงเวลากลางวันทางโรงเรียนจะมีอาหารกลางวันให้ น้องบอยจะได้เงินค่าขนมไปโรงเรียนวันละ 10 บาท ตอนเย็นหลังเลิกเรียนแม่จะซื้ออาหารว่าง เช่น ไม้กวาด ลูกชิ้นปิ้ง ขนมปัง แซนวิช เตรียมไว้ให้เพราะกลัวว่าลูกจะหิว ประมาณ 1-2 ทุ่มจึงจะรับประทานอาหารพร้อมกันทั้งครอบครัว

สำหรับการแปรงฟันนั้น เมื่อฟันหน้าขึ้นได้หลายซี่แม่ซื้อแปรงและยาสีฟันให้ เพราะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะที่พาลูกไปฉีดวัคซีน น้องบอยชอบแปรงฟัน โดยจะแปรงฟันเองตั้งแต่ยังเล็ก โดยที่แม่ไม่ต้องคอยกระตุ้นเตือน ต่างจากน้องแบงค์ที่มักไม่ยอมแปรง

เมื่อแม่จะแปรงฟันให้เขาก็ไม่ยอม ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ต้องบังคับทะเลาะกันทั้งแม่และลูก แม่จึงไม่ได้บังคับให้ลูกแปรงฟันเป็นประจำ หากมีเวลาว่างจึงจะทำสักครั้ง

น้องบอยและน้องเบงค์มีสุขภาพแข็งแรง น้องบอยมีน้ำหนักแรกคลอด 3,500 กรัม ส่วนน้องเบ้งค์หนัก 3,100 กรัม โดยเด็กทั้งสองคนคลอดที่โรงพยาบาลแม่จัน น้องบอยไม่มีฟันผุ ส่วนน้องเบ้งค์นั้นแม้ว่าฟันหลังยังขึ้นไม่ครบ แต่พบว่าไม่มีฟันหน้าบนผุ (dmft 4 dmfs 9) โดยที่แม่ไม่ทราบว่าลูกมีฟันผุเกิดขึ้น

“เคยมีหมอมามาตรวจฟันให้ หมอบอกว่าน้องเบ้งค์มีฟันผุ เราก็ไม่รู้ ฟันของเขาจะกร่อน มีสีดำ แปรงให้ก็ไม่ออก ไม่รู้ว่าเป็นหินปูน หรือเปล่า แต่เขาไม่เคยปวดนะ”

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวเด็กชายศุภชัย

สำหรับครอบครัวนี้เด็ก ๆ มีแม่เป็นผู้ดูแลหลัก แต่ทั้งสองคนมีลักษณะของฟันผุที่แตกต่างกัน พี่ชายมีฟันดีไม่มีลักษณะอาการของโรคฟันผุ ในขณะที่น้องชายยังมีฟันขึ้นไม่ครบ 20 ซี่ แต่มีฟันหน้าบนผุถึง 4 ซี่ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นได้สะท้อนให้เห็นถึงว่า การที่ครอบครัวมีบริบทเปลี่ยนไปจะมีผลต่อการดูแลเด็ก เมื่อน้องเบ้งค์คลอดครอบครัวเริ่มมีฐานะดีขึ้น การมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ปกครองสามารถตอบสนองต่อความต้องการของเด็กได้มากขึ้น ทำให้เด็กบริโภคขนมหวานมากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคของครอบครัวเปลี่ยนไป ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงสูงได้ แม่ยังคงดูแลอนามัยในช่องปากให้ลูกแบบเดิมๆ จึงทำให้น้องเบ้งค์มีฟันผุสูง

การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวนี้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมเมืองที่แผ่เข้าครอบคลุมนวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมของสังคมชาวอาข่าหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย สิ่งที่เกิดขึ้นจากผลกระทบทางวัฒนธรรม ทำให้พฤติกรรมการบริโภคของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น การนิยมบริโภคอาหารที่ปรุงเสร็จ อาหารสำเร็จรูป และการมีวิถีชีวิตคล้ายคลึงกับสังคมเมืองเข้าไปทุกที

แม้ว่าครอบครัวนี้จะมีลักษณะของครอบครัวเดี่ยว อย่างไรก็ตามแม่ยังคงได้รับการช่วยเหลือจากญาติที่อยู่ใกล้เคียงกันในการดูแลลูก ญาติมีส่วนในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำในด้านต่างๆ ทั้งการดูแลเด็กในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย นอกจากนี้ญาติ เช่น ยาย ยังเป็นผู้มีบทบาทในการหาขนมให้เด็ก ทำให้เด็กได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมการบริโภคอีกรูปแบบหนึ่งที่อาจเหมือนหรือแตกต่างจากแม่ ดังนั้นการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กนั้น นอกเหนือจากแม่ที่ดูแลเด็กแล้ว ญาติและเพื่อนบ้านก็มีบทบาท และต้องมีแนวทางในทางเดียวกัน

7.3 ครอบครัวของเด็กหญิงอาริณี

อาริณี อายุ 2.3 ปี เป็นลูกสาวคนสุดท้อง แม่มีลูกสาวทั้งหมด 4 คน คือ ทิพย์สุดา อายุ 12 ปี ภาวิณี อายุ 8 ปี อรวรรณ อายุ 5 ปี และ อาริณี อาศัยอยู่กับแม่อายุ 35 ปี มีอาชีพ ค้าขายและทำการเกษตร ส่วนพ่ออายุ 32 ปีทำงานที่ประเทศไต้หวัน ตั้งแต่เมื่อ 6 ปีก่อน ในขณะที่แม่ตั้งครรภ์อรวรรณ ลูกสาวคนที่ 3 ที่บ้านจึงมีเพียงแม่เป็นเรี่ยวแรงสำคัญในการดูแลความเป็นอยู่ของครอบครัว พ่อไปทำงานที่ไต้หวันเกือบ 3 ปี หลังจากนั้นต้องกลับมาทำสัญญาใหม่ และกลับไปไต้หวันอีกครั้งในช่วงที่แม่ตั้งครรภ์อาริณี บ้านของอาริณีปลูกแยกจากบ้านของปู่แต่อยู่ในบริเวณเดียวกัน บ้านของปู่มีสมาชิก 4 คน ปู่ของอาริณีอายุ 51 ปีมีลูก 3 คน พ่อของอาริณีเป็นลูกชายคนโต ลูกสาวคนกลางทำงานรับจ้างที่จังหวัดปราจีนบุรี และลูกชายคนเล็กเรียนจบมหาวิทยาลัยเกษตรแม่โจ้อยู่ในระหว่างทำเรื่องไปทำงานที่ไต้หวัน ส่วนย่าเสียชีวิตเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา ปู่แต่งงานใหม่ ย่าซึ่งเป็นภรรยาใหม่ของปู่อายุ 33 ปี และมีลูกสาวคนใหม่ชื่อดุสิตาอายุเพียง 8 เดือน ปู่มีรายได้จากการทำไร่ก้าแพ นอกจากนี้ปู่ๆที่ไปทำงานนอกพื้นที่ได้ส่งเงินมาให้ใช้เป็นประจำ ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 61,200 บาทต่อคนต่อปี

อาริณีและอรวรรณเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กๆจะเดินไปโรงเรียนเอง ในบางวันหากฝนตกหรือเด็กๆเถลไถลไปเล่นที่บ้านเพื่อน พี่ๆก็จะไปรับกลับบ้าน ส่วนแม่จะไปค้าขายหากวันใดว่างก็จะไปทำสวนก้าแพ ปู่มีหน้าที่หลักในการดูแลหลานๆ ทั้งอาบน้ำ ป้อนข้าว ส่วนดุสิตาลูกสาวคนเล็กของปู่ย่าจะพาไปที่ร้านขายของด้วยเพราะว่ายังกินนมแม่ โดยจะกินวันละหลายครั้ง ย่าเริ่มป้อนข้าวให้ลูกบ้าง โดยการเคี้ยวให้ก่อนแล้วค่อยป้อน ย่าคิดว่าดุสิตายังเด็กจึงไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดในช่องปาก

แรกคลอดเด็กๆทุกคนแข็งแรงดี น้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัมทุกคน คลอดปกติ ปู่มีบทบาทอย่างมากในการเลี้ยงดูเด็ก เพราะพ่อต้องไปทำงานที่ประเทศไต้หวัน ปู่ไม่ได้ทำงานจึงมีเวลาว่างมากที่สุด มีหน้าที่ไปตลาด และเป็นผู้ซื้อข้าวของเครื่องใช้ต่างๆในบ้าน เด็กๆกินนมแม่จนกระทั่งอายุประมาณ 1 ปี ส่วนขนมที่ปู่จะซื้อมากับไว้ที่บ้านครั้งละหลายๆ เพราะเด็กๆชอบปู่แล้วว่า เด็กๆมักจะสั่งซื้อขนมตามที่เคยเห็นในโทรทัศน์ หรือ หากปู่เห็นว่าขนมที่น่ากินก็จะซื้อมาให้ หลานๆลองกิน หากเด็กๆชอบก็จะซื้ออีก

ปู่และแม่เล่าว่า ครูเคยบอกว่าเด็กๆมีฟันผุ ในอดีตทิพย์สุดาและภาวิณีเคยปวดฟันเวลามีเศษอาหารไปติดตามซอกฟัน เมื่อแม่ใช้ไม้เขี่ยออกก็หายปวด หลังจากนั้นเมื่อมีฟันแท้ขึ้นแทนที่ก็ไม่เคยมีอาการอีกเลย ซึ่งจากการสังเกตในช่องปากพบว่า ทิพย์สุดาอยู่ในระยะฟันชุดผสม มีฟันน้ำนมเหลือในช่องปาก 2 ซี่ คือ ฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 2 บนไม่มีรอยโรคฟันผุ ส่วนฟันถาวรได้รับการอุดฟันบนด้านบดเคี้ยวด้วยอมัลกัมจำนวน 2 ซี่ ส่วนภาวิณี มีฟันกรามน้ำนมผุค่อนข้างลึก แต่ไม่มีอาการปวดฟัน ฟันกรามถาวรได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันและอุดด้วยอมัลกัม ทิพย์สุดาและ

ภาวิณี เล่าว่า เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาตรวจฟันเด็กที่โรงเรียน เมื่อพบฟันผุ ครูจึงให้นักเรียนไปรับการรักษาที่สถานีอนามัย อรชรธรรมมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmf) 15 ที่ 28 ด้าน ซึ่งอรชรธรรมเคยได้รับการอุดฟันจำนวน 1 ซี่จากหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระย่า ในฟันบางซี่ผุทะลุประสาทฟันและไม่สามารถบูรณะได้ ควรได้รับการถอนฟัน ส่วนภาวิณีมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5 ที่ 7 ด้าน ซึ่งเด็กทั้งสองคนเคยมีอาการปวดฟันบ้าง แต่ไม่รุนแรง แม่จึงไม่ได้พาไปถอนฟัน ไม่เคยไปพบหมอฟัน

“เคยมีหมอมานอกหน่วย ครูเขาจึงพาไปอุดฟัน ครูบอกว่าให้พาไปให้หมอที่อนามัยอุดฟันให้อีก แต่ว่าเขาไม่เคยปวดฟัน จึงคิดว่าถ้าปวดค่อยพาไปหาหมอ”

ส่วนการดูแลอนามัยในช่องปากนั้น เมื่อฟันน้ำนมของหลานๆ ขึ้น ปู่จะซื้อแปรงสีฟันให้โดยปู่สอนให้หลานทำตามแล้วให้เด็กๆ แปรงฟันเอง แต่ว่าเด็กๆ ไม่ค่อยได้แปรงฟัน ปู่ไม่ได้บังคับเพราะคิดว่าคงไม่จำเป็นต้องแปรงเป็นประจำทุกวันก็ได้ เมื่อเด็กๆ ไปโรงเรียนก็จะได้แปรงที่โรงเรียน ส่วนแม่ก็ต้องทำงานบ้านไม่มีเวลาดูแลควบคุม แปรงสีฟันของเด็กๆ ที่โรงเรียนมักจะหายเป็นประจำ จึงมักไม่ได้แปรงฟัน ส่วนปู่และแม่จะแปรงฟันในช่วงเวลาเข้าก่อนไปทำงาน แต่ถ้าบางวันรีบหรือลืมก็อาจไม่ได้แปรงฟัน

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวเด็กหญิงอาริณี

ครอบครัวของอาริณีแสดงให้เห็นบทบาทการเลี้ยงดูเด็กของแม่และปู่ ซึ่งแม้ว่าจะเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่พ่อต้องไปทำงานรับจ้างยังต่างประเทศ และตั้งบ้านเรือนอยู่ในละแวกเดียวกัน ความสัมพันธ์จึงยังเป็นลักษณะของครอบครัวขยาย มีปู่คอยดูแลเด็กพร้อมด้วย อย่างไรก็ตามการดูแลอนามัยในช่องปากยังไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะปู่ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลอนามัยในช่องปาก มอบหน้าที่นี้ให้กับโรงเรียน ซึ่งเป็นผลทางอ้อมจากระบบงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพที่กระทำในโรงเรียน โดยที่ขาดการประสานที่ดีกับผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองอาจผลัดภาระเรื่องการดูแลอนามัยในช่องปากของเด็ก ให้เป็นหน้าที่ของโรงเรียนฝ่ายเดียว ซึ่งทำให้การดูแลทำได้ไม่ครอบคลุมตามวิถีชีวิตจริงของเด็กๆ

ครอบครัวนี้เป็นตัวอย่างของการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้สูงอายุ แม่ไม่มีเวลาในการดูแลอนามัยของลูก ยกหน้าที่ให้ปู่ ซึ่งในอดีตชุมชนนี้ชาวบ้านมักไม่จำเป็นต้องแปรงฟัน เพราะชุมชนมีวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารที่มีลักษณะหยาบ เช่น ผัก ผลไม้ จึงไม่ค่อยให้เกิดปัญหาของโรคฟันผุรุนแรงเช่นในปัจจุบัน ชุมชนสามารถสร้างความสมดุลขึ้นได้ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ

อาหารกับปัจจัยในการป้องกันโรคคือการทำความสะอาดในช่องปาก ต่างจากวิถีชีวิตในปัจจุบัน ที่รูปแบบของอาหารเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุในชุมชนนี้จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการแปรงฟันมากนัก

7.4 ครอบครัวของเด็กหญิงวันเพ็ญ

วันเพ็ญอายุ 4.1 ปี เป็นลูกคนที่ 4 จากลูกทั้งหมด 5 คน ซึ่งเป็นผู้หญิงทั้งหมด คือ สุภา อายุ 11 ปี สมฤดี อายุ 9 ปี กัญยรัตน์ อายุ 7 ปี วันเพ็ญ และมังคุดอายุ 2 ปี พ่อเสียชีวิตเมื่อ 2 ปี ที่ผ่านมา พ่อและแม่แต่งงานกันเมื่ออายุประมาณ 22 ปี หลังการแต่งงานแม่ย้ายไปอาศัยอยู่กับพ่อที่บ้านของปู่กับย่าที่หมู่บ้านอีกแห่งหนึ่ง ดังนั้นลูกทุกคนจึงเกิดที่หมู่บ้านนั้น

แม่มักมีเรื่องระหองระแหงกับย่าเป็นประจำ แม่เล่าว่า ย่าไม่ชอบลูกสะใภ้เพราะว่าแม่ไม่มีลูกชายไว้สืบสกุล จึงมีเรื่องให้เกิดการทะเลาะกันจำไป หลังจากพี่น้องมังคุดคลอดในปีพ.ศ.2543 จึงแยกครอบครัวออกมาสร้างบ้านหลังใหม่ที่อยู่ในละแวกเดียวกันนั้น จากนั้นเพียง 4 เดือน พ่อก็ถูกยิงเสียชีวิต แม่จึงย้ายกลับมาอยู่ที่หมู่บ้านปากกล้วย ในช่วงแรกได้มาอาศัยอยู่กับยาย แต่ต่อมาต้องย้ายไปอาศัยอยู่ที่ท้ายหมู่บ้าน เพราะแม่ไม่มีลูกชาย ไม่สามารถประกอบพิธีกรรม นับถือผีไม่ได้ ต้องนับถือศาสนาคริสต์แทน ซึ่งตามกฎหมายของหมู่บ้านระบุว่า หากใครนับถือศาสนาคริสต์จะต้องย้ายบ้านออกไปตั้งบ้านเรือนรวมกันที่บริเวณท้ายหมู่บ้าน ใกล้ๆกับโบสถ์

บ้านของวันเพ็ญตั้งอยู่ท้ายหมู่บ้าน การสัญจรไปมาลำบาก ต้องเดินทางลงไปตามทางลาดชันของสันเขา ทางเดินเป็นดินแดงหากฝนตกจะลื่นและ ทำให้ยากลำบากในการเดินทาง ลักษณะบ้านเป็นเพิงหลังเล็กๆ ผนังและหลังคามุงด้วยหญ้าคา รูปแบบบ้านมีลักษณะเหมือนบ้านของชาวอาข่าแบบดั้งเดิม ซึ่งแทบจะไม่มีบ้านลักษณะดั้งเดิมในหมู่บ้านนี้อีกแล้ว แม่เล่าว่าบ้านหลังนี้สร้างจากการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน โดยใช้เวลารสร้างเพียง 1 วัน หน้าบ้านมีส้วมซึ่งมุงด้วยหญ้าคาเช่นกัน อย่างไรก็ตามเวลาเด็กอาบน้ำหรือถ่ายปัสสาวะมักจะใช้บริเวณด้านหน้าบ้าน มักไม่ได้ใช้ห้องส้วมเท่าใดนัก ภายในบ้านมี 2 ห้องนอน แต่สมาชิกทุกคนจะนอนรวมกันในห้องเดียว มีครัวอยู่ในบ้าน หากฝนตกหลังคาจะรั่ว ในฤดูหนาวอากาศจะหนาวมาก ผ้าห่มที่มีอยู่ก็ไม่พอให้ความอบอุ่น ภายในบ้านมีหลอดไฟฟ้าให้ความสว่างเพียงหลอดเดียว ไม่มีเตาแก๊ส ตู้เย็น หรือสิ่งอำนวยความสะดวกใดๆ นอกจากโทรทัศน์สีขนาด 20 นิ้ว ซึ่งซื้อตั้งแต่ที่เด็กๆยังอาศัยอยู่อีกหมู่บ้านหนึ่ง พ่อย้ายมาอยู่ที่นี้ก็เอามาด้วย เพราะว่าเด็กๆชอบดูโทรทัศน์มาก แม่เล่าว่า เด็กๆมักจะดูโทรทัศน์แล้วชี้ให้แม่ดูว่า อยากได้ขนมหรือของเล่นเหมือนในโทรทัศน์ แต่แม่ก็จำเป็นต้องปฏิเสธเพราะครอบครัวฐานะยากจน

แม่เป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียวในครอบครัว อีกทั้งยังต้องรับภาระทุกอย่างในบ้าน ทั้งดูแลความเป็นอยู่ อาหารการกินและสุขภาพของลูกๆทั้ง 5 คน แม่ทำงานรับจ้างปลูกกาแฟ มีรายได้วันละ 100 บาท คิดเป็นรายได้เฉลี่ย 4,000 บาทต่อคนต่อปี แม่ไม่สามารถทำงานอื่นได้ เพราะไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่มีความรู้ และมีปัญหาเรื่องการสื่อสารเพราะแม้ว่าจะสามารถฟังพอ

เข้าใจบ้างแต่พูดภาษาไทยไม่เป็น แม่จะหยุดงานทุกวันอาทิตย์เพื่อไปโบสถ์ และในแต่ละเดือนจะต้องหยุดอีกอย่างน้อย 1 วัน เพื่อไปทำอาหารกลางวันให้เด็ก ๆ ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่วันเพ็ญเรียน ตามเวลาที่ทางศูนย์ฯ จัดแบ่งให้ผู้ปกครองของเด็กแต่ละคน เข้ามาผลัดเปลี่ยนทำอาหารให้กับเด็กแทนการจ้างแม่ครัว หรือในบางครั้งหากที่หมู่บ้านมีงานพิธีหรือต้องการความร่วมมือต่างๆ แม่ก็ต้องหยุดงานไปร่วมด้วย ในฐานะตัวแทนของครอบครัวเพราะมีผู้ใหญ่เพียงคนเดียว

รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนทำให้เลี้ยงลูกทั้งห้าอย่างอดมื้อกินมื้อ เพราะเด็ก ๆ อยู่ในวัยที่กำลังกิน กำลังนอน และกำลังเรียนทั้ง 5 คน รายได้จึงมักไม่พอเพียงกับรายจ่าย บางวันไม่มีข้าวสารต้องไปขอยืมมาจากยาย อาหารประจำคือ ไข่ เพราะเป็นอาหารที่ราคาถูกที่สุด และต้นกุยช่ายที่ปลูกไว้รอบๆ บริเวณบ้านของยาย ส่วนที่บ้านนั้นแม่ไม่ได้ปลูกพืชผักใดๆ เพราะที่ดินเป็นดินแดงที่ไม่เหมาะกับการทำการเกษตร แม่เริ่มเลี้ยงไก่เพื่อหวังจะได้มีไข่ไว้ให้ลูกๆ กิน

สำหรับในวัยทารกนั้นเด็ก ๆ ทุกคนจะได้กินนมแม่ โดยกินจนกว่าแม่จะมีลูกคนใหม่ ปัจจุบันน้องมิ่งคุดยังคงกินนมแม่ ซึ่งแม่คิดว่าจะให้ลูกกินไปเรื่อยๆ จนกว่าจะไม่มีน้ำนม ซึ่งน้องมิ่งคุดจะกินนมเฉพาะเวลาที่แม่กลับจากทำงาน โดยเฉพาะในเวลานอน คั่นละประมาณ 2-3 ครั้ง ส่วนในเวลากลางวันน้องมิ่งคุดจะกินข้าว เด็กๆ จะได้รับเงินค่าขนมไปโรงเรียนวันละ 1 บาท หรือบางวันอาจไม่ได้เลย แม่คิดว่าเด็กทุกคนชอบกินขนม อยากให้ลูกกินขนมเช่นกันแต่ว่าฐานะยากจนจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้

*“ถ้ามีเงินเยอะๆ ก็จะให้เขากินขนม สงสารเขา เราไม่มีเงิน
หลายๆ ที่บ้านยายก็ได้กินขนมเยอะ แต่เราจน ตอนนี้อามีเงินก็
ต้องเก็บไว้ ยังต้องใช้อีกมาก”*

พี่สาวคนโตของวันเพ็ญชื่อสุภา เรียนอยู่ที่โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ชาวเขาที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยทางโรงเรียนจะรับอุปการะนักเรียนที่มีปัญหาครอบครัวหรือเด็กกำพร้า โดยไม่ต้องเสียเงินค่าบำรุงการศึกษาหรือค่าใช้จ่ายใดๆ ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวไปได้บ้าง ลูกสาวอีกสองคนคือ สมฤดีและกัญญารัตน์ เรียนอยู่ที่โรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวง ชั้นป.3 และป.2 ตามลำดับ วันเพ็ญเรียนอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนน้องมิ่งคุดนั้น อายุ 2 ปีจึงยังไม่ได้เข้าโรงเรียน ในช่วงกลางวันแม่ต้องไปทำงานรับจ้าง แม่ก็จะเอาน้องไปฝากให้ยายช่วยดูแล บ้านของยายตั้งอยู่ในหมู่บ้านแต่ห่างจากที่บ้านออกไปประมาณ 1 กิโลเมตร

สุขภาพของแม่ไม่ค่อยแข็งแรง มักมีอาการปวดเมื่อยตามตัวและไม่สบายบ่อยๆ ส่วนเด็ก ๆ ทุกคนแข็งแรงดี ช่วงแรกคลอดลูกๆ ทุกคนมีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัม คลอดโดยหมอต้าแยในหมู่บ้าน ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนใดๆ แม่คิดว่าลูกทุกคนไม่มีปัญหาโรคฟันและไม่มีฟันผุ แต่จากการ

สังเกตของผู้วิจัยพบว่า เด็กทุกคนฟันน้ำนมไม่ผุ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพี่สาวทั้งสองคน คือ สมฤดี และ กัญญารัตน์มีฟันถาวรซี่ที่ 6 ผุเกือบทุกซี่ ซึ่งบางซี่ได้รับการอุดฟันด้วยอมัลกัม บางซี่ยังไม่ได้รับการรักษามีลักษณะผุตามหลุมร่องฟัน โดยที่แม่ไม่ทราบ ลูกสาวเล่าให้ฟังว่า มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัยมาตรวจฟันและพบว่าฟันผุ ครูจึงนัดให้ไปอุดฟัน

เมื่อถามเกี่ยวกับการแปรงฟัน แม่เล่าให้ฟังว่า เด็กๆทุกคนแปรงฟันเอง วันละ 1 ครั้งก่อนไปโรงเรียน แม่ไม่ได้เน้นย้ำให้เด็กๆแปรงฟัน เพราะคิดว่าเด็กๆแปรงฟันจากที่โรงเรียนแล้ว แต่จากการสังเกตพบว่า ที่บ้านมีแปรงสีฟันขนาดใหญ่ของแม่เพียงอันเดียว ซึ่งแม่จะแปรงฟันวันละ 1 ครั้งในช่วงเวลาเช้าก่อนไปทำงาน โดยสาเหตุที่แปรงก็เพื่อให้ฟันสะอาด ไม่มีกลิ่นปาก เมื่อ 5 ปีที่ผ่านมาแม่เคยปวดฟันกรามด้านบนมาก (ฟันกรามบนซี่ที่ 7 และ 8) จึงไปรับการรักษาโดยการถอนฟันที่โรงพยาบาลแม่จัน ถอนไป 2 ซี่ หลังจากนั้นก็ไม่มีอาการปวดอีก สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี ไม่คิดว่ามีปัญหาหรือผลกระทบใดๆ จึงไม่ได้ใส่ฟันปลอม เนื่องจากไม่ใช่ฟันหน้า ไม่มีใครมองเห็นจึงไม่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวของเด็กหญิงวันเพ็ญ

ครอบครัวของวันเพ็ญเป็นครอบครัวที่มีความคิดความเชื่อในประเพณีแบบดั้งเดิม เช่น การที่มีลูกหลายคนเพื่อต้องการมีลูกชายไว้สืบสกุล เมื่อต้องสูญเสียพ่อผู้เป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้แม่ต้องประสบปัญหาการรับภาระครอบครัวเพียงคนเดียว รายได้ไม่พอใช้ รวมทั้งต้องย้ายบ้านไปอยู่ท้ายหมู่บ้าน จากปัญหาสภาพชีวิตความเป็นอยู่ จึงทำให้แม่ไม่ได้เอาใจใส่ในเรื่องของสุขภาพช่องปาก ไม่ใส่ใจในเรื่องของการแปรงฟัน ในขณะเดียวกันการมีฐานะยากจนทำให้เด็กๆไม่ได้กินขนมจุกจิก มีผลทำให้ฟันน้ำนมไม่ผุแม้ว่าไม่ได้แปรงฟันก็ตาม อย่างไรก็ตามครอบครัวนี้อยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในอนาคต เพราะครอบครัวไม่มีความรู้และไม่เห็นความสำคัญกับการดูแลอนามัยช่องปาก ร่วมกับมีแนวโน้มว่าเด็กจะบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงถ้ามีโอกาสอำนวย

อย่างไรก็ตามคงเป็นเรื่องที่ยากมากในการแนะนำให้แม่แปรงฟันให้ลูก การที่แม่ต้องทำงานตั้งแต่เช้าจรดค่ำ ชีวิตที่ต้องดิ้นรนหารายได้มาเลี้ยงลูกถึง 5 คน ทำให้เด็กต้องช่วยเหลือตัวเอง ดังนั้นการที่โรงเรียนดำเนินกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน จึงมีส่วนช่วยทำให้เด็กๆได้มีโอกาสแปรงฟัน รวมทั้งเพื่อหวังผลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ จึงควรสนับสนุนให้โรงเรียนดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

นอกจากนี้แล้ว จะเห็นได้ว่า “โทรทัศน์” ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ที่ให้ความสนุกสนานเพลิดเพลินกับเด็กๆ ดังจะเห็นได้จาก ภายในบ้านมีโทรทัศน์ ในขณะที่ปัจเจกพื้นฐานอื่นๆของครอบครัวยังขาดแคลน อิทธิพลของสื่อโทรทัศน์ได้แพร่กระจายมีบทบาทอย่างยิ่งในเด็กชาวอาช่ากลุ่มนี้ แม้กระทั่งในครอบครัวที่ฐานะยากจนที่สุด

7.5 ครอบครัวของเด็กหญิงอัญชลิกา

อัญชลิกาอายุ 3.7 ปี เป็นลูกคนเดียว ที่บ้านมีคนอาศัยอยู่ด้วยกัน 5 คน คือ ปู่ ย่า พ่อ แม่ และอัญชลิกา ปู่มีลูกทั้งหมด 3 คน ลูกสองคนแรกทำงานที่ประเทศไต้หวัน ส่งเงินมาให้ปู่และย่าเป็นประจำ ส่วนพ่อของอัญชลิกาเป็นลูกคนสุดท้อง ต้องทำงานในพื้นที่เพราะต้องดูแลปู่และย่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 72,720 บาทต่อคนต่อปี

บ้านของอัญชลิกาเป็นบ้านถาวรชั้นเดียว มีการจัดบริเวณอย่างเป็นสัดส่วนมีระเบียบเรียบร้อย ห้องน้ำห้องส้วมอยู่ด้านข้างบ้าน มีทั้งแปลงสีฟันและยาสีฟันของทุกคนในบ้านวางไว้อย่างเป็นระเบียบและมีการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ ปู่กับพ่อได้ใช้พื้นที่บริเวณรอบบ้านทำการเกษตรแบบผสม เลี้ยงไก่เห็บบ่อเลี้ยงปลาและปลูกพืชผักสวนครัวรอบๆบ่อปลา แม้ว่าปู่กับย่าจะไม่ได้เรียนหนังสือ แต่ก็เป็นกลุ่มผู้อาวุโสในหมู่บ้าน ที่ชาวบ้านให้ความเคารพยกย่อง ในช่วงที่ปู่อายุไม่มากนักมักจะลงไปติดต่อกับคนพื้นราบ รวมทั้งส่งลูกๆทั้งสามคนไปเรียนที่โรงเรียนพื้นราบ พ่อของอัญชลิกาเรียนหนังสือจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 หลังจากนั้นไม่ยอมเรียนต่อ เพราะไม่อยากทำงานช่วยที่บ้านหาเงิน ส่วนแม่ของอัญชลิกา นั้นเดิมอาศัยอีกหมู่บ้านหนึ่งที่อยู่ชายแดนไทย-พม่า แม่มีโอกาสเรียนเพียงแค่ชั้นป.1 เนื่องจากทางบ้านมีฐานะยากจนมาก แม่จึงต้องออกจากโรงเรียนเพื่อทำงานหาเงินส่งให้น้องๆได้เรียนหนังสือ อย่างไรก็ตามแม่สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ดี นอกจากนี้ยังพยายามหาความรู้ในเรื่องต่างๆจากเพื่อนบ้านและรายการโทรทัศน์อยู่เสมอ

พ่อกับแม่ของอัญชลิกาทำงานรับจ้างที่สวนดอกไม้ ได้ค่าจ้างวันละ 120 บาท หยุดทุกวันเสาร์และอาทิตย์ เวลาว่างในวันหยุดจะไปทำสวนลั่นจี่และไร่กาแฟ ในช่วงที่อัญชลิกาคลอดจนถึงอายุ 3 ปี แม่ไม่ได้ทำงาน เพราะต้องการอยู่บ้านดูแลลูก แม่อยากจะมีลูกซัก 2-3 คน แต่จะวันไม่ให้มีลูกอายุไล่เลี่ยกันจนเกินไป จึงรอให้ลูกคนโตสามารถช่วยตนเองได้จึงจะมีลูกอีกคน เพราะต้องการให้ความรักและเวลาในการดูแลลูกอย่างเต็มที่

สมาชิกในบ้านทุกคนมีสุขภาพแข็งแรง แรกคลอดอัญชลิกาหนัก 3,700 กรัม คลอดที่โรงพยาบาลแม่จัน อัญชลิกา กินนมแม่จนกระทั่งอายุ 3 ปี แม่เล่าว่า อยากให้ลูกแข็งแรง จึงให้ลูกกินนมบ่อยทั้งกลางวันและกลางคืน ในช่วงที่อัญชลิกาอายุประมาณ 2-3 ปี จะไม่สบายบ่อยมาก เป็นโรคปอดบวมและไอ จึงต้องดื่มน้ำที่ต้มสุกทุกครั้ง หมอบอกแม่ว่าไม่ให้ลูกกิน “ของหวาน” เพราะจะทำให้เด็กไอได้ แม่จึงไม่ให้ลูกกินขนมหวาน อีกทั้งอัญชลิกาเองก็ชอบกินผักและผลไม้ โดยชอบกินผักกาดและแตงกวาเป็นอาหารว่าง ประกอบกับพ่อเคยปวดฟันและต้องถอนฟัน ซึ่งพ่อรู้สึกว่าการปวดฟันนั้นสร้างความทรมานอย่างมาก จึงไม่อยากให้ลูกเป็นเช่นตนเอง ดังนั้นจึงไม่ให้ลูกกินลูกอมและขนมหวานในวัยยังเด็ก แต่เมื่ออัญชลิกาเริ่มเข้าโรงเรียน พฤติกรรมการกินเริ่มเปลี่ยนไป กินขนมมากขึ้น เพราะเมื่อเห็นเพื่อนๆกิน ก็กินตามเพื่อน หากอยู่บ้านก็มักจะ

ขอให้พ่อหรือปู่ซื้อขนมมาให้ อย่างไรก็ตามพ่อพยายามจำกัดการกินขนมของลูก โดยจะให้กินหลังจากที่ลูกกินข้าวแล้วเท่านั้น เพราะกลัวว่าหากกินขนมก่อนแล้วลูกจะไม่กินข้าว และจะเก็บขนมไว้หลังตู้เย็นเพื่อลูกจะได้เอื้อมไม่ถึง

ทุกคนในบ้านจะช่วยกันดูแลเอาใจใส่ัญชุลิกา โดยมีย่าและแม่จะเป็นผู้ดูแลหลัก ย่าจะไปรับ-ส่งที่โรงเรียนทุกวัน หลังกลับจากโรงเรียนย่าจะรีบอาบน้ำให้อัญชุลิกาเพราะเกรงว่าหากอาบน้ำดึกหรือค่าเกินไปหลานจะเป็นหวัด ัญชุลิกาต้องสระผมทุกวันเพราะแม่กลัวว่าจะเป็นเหา แม่จะเริ่มแปรงฟันให้ตั้งแต่ที่ฟันเริ่มขึ้น เพราะอยากให้ลูกมีฟันขาวสะอาด แม่เชื่อว่าเด็กที่สะอาดจึงจะเป็นเด็กน่ารัก น่าอุ้ม ต่างจากเด็กสกปรกที่ใครๆมักรังเกียจ โดยจะแปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน ในบางครั้งหากแม่ไม่ว่างต้องไปทำงานตั้งแต่เช้า ย่าจะเป็นผู้แปรงฟันให้ ส่วนก่อนเข้านอนแม่จะให้อัญชุลิกาแปรงฟัน ล้างมือล้างเท้าก่อนเข้านอน แต่หลังจากที่อัญชุลิกาเข้าโรงเรียนแม่ไม่ได้เข้มงวดกับการแปรงฟันมากนัก เพราะคิดว่าลูกเริ่มช่วยตัวเองได้ดี จึงเริ่มให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง

แม่เริ่มแปรงฟันให้ลูกตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น เพราะแม่เชื่อว่าหากหัดให้เด็กทำตั้งแต่ที่ลูกยังอายุน้อยๆเด็กจะสามารถทำได้ดี ซึ่งในช่วงแรกๆลูกอาจไม่ยอมบ้วนแต่ก็ต้องบังคับบ้าง ถ้าฝึกเด็กก็ทำได้ ถ้าหากผอมผันยอมให้เด็กไม่ต้องแปรงฟัน เมื่อเด็กโตขึ้นจะเริ่มฝึกก็สายเกินไปเพราะไม่สามารถบังคับได้ ดังนั้นจึงพบว่าอัญชุลิกาไม่มีปัญหาเรื่องฟันผุ มีฟันผุที่ผิวเคลือบฟันเป็นจุดเล็กๆ ที่บริเวณฟันหลังเพียงตำแหน่งเดียว (dmft 1)

ความรู้ต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กแม่มักได้รับจากย่าและรายการโทรทัศน์ เช่น สิ่งของเครื่องใช้ของอัญชุลิกาแม่มักจะเลือกผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นเฉพาะสำหรับเด็ก รวมถึงแปรงและยาสีฟัน เหตุที่ต้องใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กนั้นเป็นเพราะแม่เกรงว่าลูกจะกลืนยาสีฟันเข้าไปแล้วเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ส่วนแปรงสีฟันของลูกแม่เลือกแปรงที่มีขนาดเล็กสำหรับเด็ก โดยขอคำแนะนำจากเจ้าของร้านที่ไปเลือกซื้อ เนื่องจากแม่อ่านหนังสือไม่ออก

ทั้งพ่อและแม่จะแปรงฟันทุกวัน เช้าและก่อนนอน แม่เล่าว่า เมื่อเด็กไม่เคยแปรงฟัน เริ่มแปรงฟันครั้งแรกเมื่อทำงานรับจ้าง ช่วงนั้นอายุประมาณ 14-15 ปีแล้ว แม่เห็นเพื่อนๆคนพื้นราบแปรงฟันจึงแปรงด้วย เพื่อนแนะนำว่าการแปรงฟันจะช่วยทำให้ฟันขาวสะอาด หลังจากนั้นแม่จึงแปรงฟันเป็นประจำ ส่วนพ่อเองก็ไม่ได้แปรงฟันในวัยเด็กเช่นกัน เนื่องจากปู่กับย่าไม่เคยแปรงฟัน จึงไม่ได้สนใจในเรื่องปากและฟันของลูก แต่เนื่องจากช่วงนั้นได้มีโอกาสลงมาเรียนหนังสือในเมืองได้กินขนมค่อนข้างเยอะและไม่ชอบแปรงฟัน แม้ว่าครูจะสอนให้แปรงฟันก็ตาม จึงทำให้มีปัญหาเรื่องฟัน

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวของอัญชลิกา

ทุกคนในครอบครัวมีบทบาทให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยเฉพาะแม่ซึ่งเป็นผู้สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ดี แม่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อประกอบกับความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว แม่ไม่จำเป็นต้องออกไปทำงานเพิ่มรายได้ในช่วงที่ลูกยังเล็ก แม่ก็ยังมีเวลาในการดูแลเด็กอย่างเต็มที่ ซึ่งแม่จะได้รับผลกระทบจากอิทธิพลของวัฒนธรรมเมือง แต่ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงตัวอยู่ตลอดเวลา มีศักยภาพในตัวเองที่จะเลือกและรับเอาวัฒนธรรมที่ครอบงำ

ตัวอย่างครอบครัวนี้ได้แสดงให้เห็นถึงการเรียนรู้ของพ่อแม่มีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมของเด็ก หากพ่อแม่มีกระบวนการเรียนรู้ที่ดี แสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นการศึกษาในระบบโรงเรียนเท่าไรนั้น ครอบครัวก็จะสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพได้ โดยเฉพาะแม่ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลหลัก เป็นผู้รับผิดชอบในการเลือกอาหาร เครื่องใช้สิ่งของต่างๆ เลือกรับและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของลูก รวมทั้งยังช่วยอบรมปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีให้กับลูกต่อไปด้วย

อย่างไรก็ตามน่าจะต้องติดตามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของอัญชลิกาต่อไป เนื่องจากเมื่อเข้าโรงเรียนพฤติกรรมมารีโภคของเด็กเริ่มเปลี่ยนไป เด็กเริ่มเลียนแบบเพื่อนในการกินขนม ผู้ปกครองไม่สามารถควบคุมได้ตลอด ประกอบกับผู้ปกครองเริ่มให้เด็กหัดช่วยเหลือตนเองด้วยการแปรงฟันซึ่งเด็กในวัยนี้ยังไม่มีความสามารถในการแปรงฟันที่ดีพอ จึงมีโอกาสที่จะเกิดฟันผุได้ในอนาคต

7.6 ครอบครัวของเด็กหญิงพนิดา

พนิดา อายุ 2.11 ปี เป็นลูกคนเดียวของครอบครัว อาศัยอยู่กับย่า พ่อและแม่ ย่ามีอายุ 65 ปี ส่วนปู่เสียชีวิตแล้วด้วยโรคมะเร็ง ย่ามีลูกสาว 2 คนแต่งงานและย้ายไปอยู่กับสามีในอีกหมู่บ้านหนึ่ง ส่วนลูกชาย 4 คนนั้น แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ทำหมู่บ้าน 1 คน เนื่องจากนับถือศาสนาคริสต์ ลูกชายอีก 2 คนติดคุกเนื่องจากค้ายาบ้า ส่วนพ่อของพนิดาเป็นลูกชายคนเล็ก มีอาชีพทำสวนผัก โดยพ่อเช่าที่ดินปลูกอยู่ห่างจากบ้านประมาณ 10 กิโลเมตร ทุกเช้าพ่อกับแม่จะขี่รถมอเตอร์ไซด์ไปทำงานและกลับมาในตอนเย็น ย่าจึงมักเป็นผู้ดูแลหลาน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 12,044 บาทต่อคนต่อปี

แรกคลอดพนิดาหนัก 2,800 กรัม คลอดปกติ ในวัยเด็กจะเป็นหวัดบ่อยๆ แต่ปัจจุบันแข็งแรงดี หนักประมาณ 11 กิโล ยังพูดและฟังไม่ค่อยเข้าใจ น้ำหนักน้อย พนิดามีฟันผุหลายซี่ทั้งฟันหน้าและฟันหลัง (ค่า dmft 8 dmfs 12) ย่าเล่าว่า ฟันหน้าบนของพนิดามีลักษณะแบบนี้ตั้งแต่ตอนฟันขึ้นในช่วงแรกๆ ในช่วงแรกฟันมีสีขาว หลังจากนั้นฟันค่อยๆกร่อนไปเรื่อยๆ จนหักเหลือแต่ตอ แต่ไม่เคยมีอาการปวดฟัน ย่าเชื่อว่าหากใช้ยาตราเอ็ม 16 (มีส่วนผสมของน้ำมันกานพลู)

ทาที่ตัวฟันที่กำลังเริ่มละลาย จะสามารถป้องกันไม่ให้ฟันกร่อนจนเหลือแต่ตอฟันได้ ซึ่งยาได้พยายามใช้ยาทาที่ตัวฟันของพินดา แต่เนื่องจากยามีรสเผ็ด กลิ่นเหม็น พินดาจึงไม่ยอมให้ทา ดังนั้นฟันของพินดาจึงมีลักษณะเช่นนี้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าพินดาจะมีฟันน้ำนม แต่ทุกคนในครอบครัวเชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่เด็กจะมีโอกาสเป็น เพราะว่าในสมัยที่พ่อยังเด็กก็มีฟันผุเช่นกัน พินดาไม่เคยมีอาการปวดฟัน และเชื่อว่าถึงแม้จะมีฟันผุก็ไม่มีผลกระทบใดๆเนื่องจากเป็นฟันน้ำนม เมื่อเด็กโตขึ้นก็จะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่

ย่ามีความรู้ความสามารถในการรักษาทางด้านสมุนไพร สำหรับแมงกินฟันนั้นย่าเล่าว่าสามารถรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรชนิดหนึ่ง ซึ่งต้องไปเก็บในป่า ปัจจุบันสมุนไพรเหล่านี้หายาก นอกจากนี้หากมีอาการปวดฟันอาจรักษาด้วยการใช้เหล็กแหลมฉีดยาไฟฟ้าที่ตัวฟันที่มีอาการนั้น อาการปวดฟันจะหายเป็นปลิดทิ้ง หรือหากมีอาการปวดเล็กน้อยอาจใช้วิธีการเคี้ยวหมาก ซึ่งจะช่วยให้ฟันแข็งแรง ไม่มีอาการปวดฟัน ย่าเชื่อว่าเป็นเพราะการเคี้ยวหมาก ย่าจึงไม่เคยปวดฟัน

ส่วนแม่ของพินดานั้นเคยมีอาการปวดฟันมากจนต้องไปถอนฟันที่สถานีนามัย มาแล้ว 3 ซี่ การที่แม่ตัดสินใจไปถอนฟัน เนื่องจากมีอาการปวดฟันมาเป็นเวลา 2 ปีจนทนไม่ไหว จึงตัดสินใจไปถอนฟัน หลังถอนฟันก็หายปวด ไม่เคยมีอาการปวดฟันอีกเลย สามารถใช้ฟันที่เหลือเคี้ยวอาหารได้โดยไม่มีปัญหาใดๆ จึงคิดว่าไม่ต้องใส่ฟันปลอม

เมื่อฟันน้ำนมของพินดาขึ้นหลายซี่ แม่ได้ซื้อแปรงและยาสีฟันมาให้พินดา เพราะเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่พินดามักไม่ยอมให้แปรงฟัน ร้องแงง และลูกมักตื่นสาย พ่อกับแม่ก็ต้องไปทำงานแต่เช้า ทำให้ไม่ได้แปรงฟัน เคยให้ย่าแปรงฟันให้แต่พินดาไม่ยอมให้แปรง ย่าจึงตามใจ ไม่อยากขัดใจหลาน ส่วนพ่อแม่และย่าจะแปรงฟันในช่วงเวลาเช้าก่อนไปทำงาน แต่ถ้าบางวันรีบหรือลืมก็อาจไม่ได้แปรงฟัน

พินดายังกินนมแม่ เวลาก่อนนอนและกลางดึก โดยกินข้าวในช่วงเวลากลางวัน แม่เคยให้กินนมชงแต่พินดาไม่กิน แม่คิดว่าจะให้กินนมแม่จนกว่าแม่จะไม่มีน้ำนม หรือจนกระทั่งมีลูกคนใหม่ โดยจะให้ลูกกินนมได้ในปริมาณที่ไม่จำกัด ตามความต้องการของเด็ก ส่วนขนมนั้นย่าเล่าว่า ได้ให้พินดากินขนมตั้งแต่ที่ฟันเขายังไม่ขึ้น ลองให้หลานกินเรื่อยๆเพราะคิดว่าเด็กๆชอบกินขนม อยากให้หลานได้กินเพราะย่ารักมาก พินดาจะได้กินขนมบ่อยมาก ในบางวันอาจกินขนมเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้กินข้าว ซึ่งย่าก็ไม่ได้วิตกแต่อย่างใด เพราะคิดว่าหลานได้กินขนมก็พอเพียงแล้วไม่ต้องกินข้าวก็ได้

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวของเด็กหญิงพินดา

ครอบครัวนี้เลี้ยงดูเด็กแบบตามใจและไม่ได้ใส่ใจเรื่องการดูแลอนามัยของร่างกายอย่างเต็มที่ รวมทั้งการดูแลอนามัยในช่องปาก นอกจากนี้ยังไม่ได้ควบคุมดูแลเรื่องการบริโภคอาหารหวาน ในบางมื้อเด็กไม่ได้รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์เลยนอกจากอาหารขบเคี้ยว และเมื่อ

ประกอบกับครอบครัวให้คุณค่าของฟันน้ำนมค่อนข้างน้อยและให้ความสำคัญต่อโรคฟันผุในเด็กค่อนข้างต่ำ พนิดาจึงมีฟันผุค่อนข้างสูง

ครอบครัวนี้คล้ายกับครอบครัวของอาริณี ที่เด็กได้รับการดูแลจากย่าซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ย่าไม่มีความรู้ในการดูแลอนามัยในช่องปากของเด็กและในอดีตชุมชนนี้ชาวบ้านมักไม่จำเป็นต้องแปรงฟัน เพราะชุมชนมีวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารที่มีลักษณะหยาบ เช่น ผัก ผลไม้ จึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาของโรคฟันผุรุนแรงเช่นในปัจจุบัน ชุมชนสามารถสร้างความสมดุลขึ้นได้ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคืออาหารกับปัจจัยในการป้องกันโรคคือการทำความสะอาดในช่องปาก ต่างจากวิถีชีวิตในปัจจุบันที่รูปแบบของอาหารเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุในชุมชนนี้จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการแปรงฟันมากนัก

ครอบครัวนี้แสดงให้เห็นถึงการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากที่มีลักษณะผสมผสานประกอบด้วยส่วนต่างๆทั้งด้านของชาวบ้าน (Popular sector) ส่วนของวิชาชีพ (Professional sector) และส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) แต่ละส่วนจะประกอบไปด้วยวิธีการอธิบายและแก้ไขความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง โดยทั้ง 3 ส่วนนี้แม้จะแยกจากกัน แต่ก็สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ประกอบขึ้นเป็นระบบการดูแลสุขภาพของสังคมหมู่บ้านอาฮาแห่งนี้ ซึ่งในครอบครัวนี้จะสะท้อนให้เห็นบทบาทที่เด่นชัดของการดูแลสุขภาพช่องปากในโลกของชาวบ้าน ที่ซึ่งความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความและวินิจฉัยเป็นครั้งแรก พร้อมกับการรักษาเกิดขึ้นเป็นแห่งแรกด้วยเช่นกัน ครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้นและฐานของการแก้ปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะบทบาทของผู้หญิง และ ผู้อาวุโส

7.7 ครอบครัวของเด็กหญิงอรณี (น้องวี)

น้องวีอายุ 4.3 ปี เป็นลูกสาวคนเดียว แม่ของน้องวีเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จากนั้นได้ทำงานรับจ้างเป็นพนักงานเสิร์ฟที่ห้องอาหารในโครงการฯ จึงได้พบกับพ่อของน้องวีซึ่งทำหน้าที่เป็นพ่อครัว พ่อเป็นชาวไทยใหญ่ ขณะนั้นแม่มีอายุเพียง 18 ปี ส่วนพ่ออายุ 23 ปี หลังจากคลอดน้องวีได้ 5 เดือน พ่อกับแม่ก็เลิกกัน พ่อไปมีภรรยาใหม่ ต่ออีกมาไม่นานแม่ก็แต่งงานใหม่แล้วย้ายไปอยู่อีกหมู่บ้านหนึ่ง เมื่อน้องวีมาฝากให้ตาที่บยายช่วยดูแล ตาจึงรักและสงสารหลานคนนี้นัก น้องวีเป็นเด็กน่ารัก คุยเก่งเฉพาะกับคนที่คุ้นเคย แต่สำหรับคนแปลกหน้าจะไม่ค่อยกล้าคุยด้วย พ่อเคยมาเยี่ยมน้องวีปีละ 2-3 ครั้ง ในแต่ละครั้งที่พ่อมาเยี่ยม น้องวีจะไม่ยอมพูดคุยด้วย ทุกครั้งที่พ่อมาเยี่ยมก็จะซื้อขนมและของเล่นมาฝาก

บ้านของน้องวีมีสมาชิกอาศัยอยู่ทั้งหมด 6 คน คือ ทวดซึ่งเป็นพ่อและแม่ของตา ทั้งคู่อายุ 65 ปี ตาของน้องวีอายุ 43 ปีทำงานรับจ้างที่สวนดอกแม่ฟ้าหลวง ส่วนยายอายุ 45 ปีมีอาชีพค้าขายและทำไร่กาแฟ ตามีลูกทั้งหมด 9 คน แต่ลูกๆเสียชีวิตเกือบทั้งหมด เนื่องจากโรคในวัยเด็ก

และอุบัติเหตุ เหลือเพียงแม่ของน้องวี และลูกชายคนเล็กที่อายุ 9 ปี ตาก็บยายจึงให้ความรักและเป็นห่วงลูกหลานอย่างมาก

ตาของน้องวีสามารถพูดภาษาไทยได้ค่อนข้างดี ทั้งนี้เพราะเคยเรียนการศึกษา นอกโรงเรียน และได้มีโอกาสพบปะทำงานร่วมกับบุคคลภายนอกหมู่บ้านอยู่เสมอ ส่วนยายนั้น ฟังภาษาไทยพอเข้าใจแต่พูดเกือบไม่ได้เลย เพราะผู้หญิงสมัยนั้นมักไม่ได้เรียนหนังสือและต้องทำงานอยู่กับบ้าน ไม่ได้ออกนอกหมู่บ้าน ตาเคยไปทำงานที่ได้หวั่นเมื่อช่วงปีพ.ศ.2539-2541 หลังจากกลับมาได้เงินเก็บไว้พอที่จะสร้างบ้านหลังใหม่ ซึ่งมีลักษณะเป็นบ้านถาวรชั้นเดียว ปัจจุบันตาทำงานรับจ้างได้ค่าจ้างวันละ 130 บาท โดยมีวันหยุดทุกวันอาทิตย์ นอกจากนี้ยังมีรายได้บางส่วนจากการปล่อยเงินกู้ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 20,000 บาทต่อคนต่อปี

น้องวีกับตามีความผูกพันกันมาก หากตาอยู่บ้านน้องวีจะนั่งเล่นคลอเคลียไม่ห่าง ส่วนใหญ่ตาจะเป็นผู้ดูแลหลานทั้งอาบน้ำ ป้อนข้าว และพาเข้านอน ตารักและสงสารหลานคนนี่มาก เนื่องจากเห็นว่าไม่มีพ่อและแม่คอยดูแลเอาใจใส่ ทุกเช้าตาจะไปส่งน้องวีที่โรงเรียน โดยนำเงินไปฝากไว้กับครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อซื้อขนมเป็นอาหารว่างวันละ 2 บาท วันหยุดเสาร์และอาทิตย์น้องวีมักจะดูโทรทัศน์อยู่คนเดียวหรือบางครั้งอาจจะไปวิ่งเล่นกับเพื่อนข้างๆบ้าน น้องวีมักจะไม่ค่อยได้คุยเล่นกับยาย เพราะยายจะออกไปค้าขายเกือบทุกวัน ถ้าไม่ได้ไปค้าขายก็จะไปทำไร่กาแฟ หากมีเวลาอยู่บ้านก็ต้องทำงานบ้านเกือบตลอดทั้งวัน

น้องวีมีสุขภาพแข็งแรง แรกคลอดหนัก 3,100 กรัม ส่วนในช่วงที่เป็นทารกนั้น น้องวีกินนมแม่เพียง 1 เดือนเท่านั้น เพราะแม่ต้องออกไปทำงานรับจ้าง สามารถหยุดงานได้เพียง 1 เดือนเท่านั้น ในเวลากลางวันก็จะฝากน้องวีไว้กับตาและยายให้ช่วยดูแล โดยน้องวีเริ่มกินนมผงซองใส่ขวดตั้งแต่นั้นมาจนกระทั่งอายุ 2 ปีจึงเลิกได้เอง พันหน้าบนของน้องวีผูกเกือบทุกซี่ ตาบอกว่าฟันของน้องวีเป็น “เฉอะก็เกือ” โดยจะมีอาการเริ่มแรกคือ ฟันจะมีสีเหลืองหลังจากนั้นฟันก็จะละลายไปเรื่อยๆจนเหลือแต่ตอ ตาก็บยายเชื่อว่า ฟันของน้องวีมีลักษณะแบบนี้ตั้งแต่แรกที่ฟันเริ่มขึ้นมาในช่องปาก โดยเชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่เด็กทุกคนมีโอกาสเกิดอาการนี้ได้ทั้งนั้น ขึ้นอยู่กับว่าเด็กคนใดจะถูกกำหนดให้เป็น

หลังเลิกงานในแต่ละวัน ตาซื้อขนมติดมือกลับมาฝากหลานทุกครั้งโดยอาจจะซื้อจากที่ทำงาน หรือบางครั้งอาจไปซื้อที่ตลาด ทุกครั้งที่ตาไปตลาดก็จะซื้อขนมมาเก็บไว้ครวละเยอะๆ ดังนั้นที่บ้านจึงมีขนมอยู่เสมอไม่เคยขาด น้องวีชอบกินลูกอมและขนมขบเคี้ยวมาก ตาจึงซื้อขนมตามความชอบของน้องวีหรือซื้อตามที่น้องวีเคยชี้ให้ดูในโทรทัศน์ หรือจากที่น้องวีเคยเห็นเพื่อนที่โรงเรียน น้องวีชอบกินขนมตั้งแต่ยังเด็ก ในบางครั้งหากน้องวีร้องไห้หรือถูกขัดใจ ถ้าอาชนมให้ก็จะหยุดร้องเป็นปกติทั้ง

น้องวีชอบดูละครหลังข่าวจึงมักนอนดึกและตื่นสาย ทุกเช้าหลังตื่นนอนต้องรีบล้างหน้า กินข้าวและแต่งตัวไปโรงเรียน โดยบางวันอาจจะไม่ได้แปรงฟัน น้องวีแปรงฟันด้วยตนเอง ตาเคยซื้อแปรงและยาสีฟันให้เมื่อน้องวีอายุได้ 2 ปี แต่น้องวีไม่ค่อยชอบแปรง ตาก็ไม่ได้ควบคุมหรือบังคับ เพราะตากับยายไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ บางครั้งตาเคยบังคับอยากให้น้องวีแปรงฟัน แต่น้องวีร้องไห้แงง ตาจึงไม่อยากจะขัดใจหลาน และตาคิดว่าน้องวีแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนอยู่แล้ว อีกทั้งในอดีตตากับยายเองไม่เคยมีอาการปวดฟันใดๆ แม้ว่าจะไม่ได้แปรงฟัน อย่างไรก็ตามปัจจุบันตาจะแปรงฟันในช่วงเช้าก่อนไปทำงาน ส่วนยายนั้นเคียดหมาเป็นประจำจึงไม่ได้แปรงฟันทุกวัน เพียงแต่บ้วนปากแล้วเอามือถูก็คิดว่าสะอาดเพียงพอแล้ว

น้องวีมีฟันผุจำนวนหลายซี่ (dmft 13 dmfs 39) เคยได้รับการถอนฟัน 4 ซี่ และอุดฟัน 1 ซี่ มีฟันที่ผุทั้งบริเวณฟันหน้าและฟันหลัง ตาบอกว่า หลานไม่เคยปวดฟัน แต่เคยมีหมอนที่กรุงเทพฯ มาออกหน่วยเคลื่อนที่ในหมู่บ้าน ครูที่ศูนย์เด็กเล็กจึงพาน้องวีไปถอนฟันและอุดฟัน ตายังจำได้ดีว่า ในวันที่หลานถูกถอนฟัน น้องวีกลับบ้านมาด้วยน้ำตา การถอนฟันในวันนั้นนอกจากจะทำให้หลานสูญเสียฟันแล้วยังมีผลทางใจต่อทั้งตาและยายอีกด้วย

“เห็นเขาร้องไห้กลับมาแล้วสงสารมาก เลือดเต็มปาก จริงๆแล้ว เขาก็ไม่เคยปวดฟันนะ ถ้าปล่อยไว้อาจไม่เป็นอะไรก็ได้นะ”

แม้ตาจะทราบว่าว่าน้องวียังคงมีฟันที่ถูกแมงกินจนเป็นรูอีกหลายซี่ก็ตาม แต่ตาก็ไม่พาไปหาหมอน เพราะตาเห็นว่าหลานยังไม่มีอาการปวดใดๆ คิดว่าหากน้องวีมีอาการปวดจนกระทั่งทนไม่ไหวจึงจะพาไปหาหมอน เพราะตากับยายกลัวว่าหลานจะต้องเจ็บตัวอีกครั้ง

สรุปประเด็นที่น่าสนใจจากครอบครัวของน้องวี

ครอบครัวของน้องวีต้องผ่านภาวะวิกฤติของชีวิต ทั้งปัญหาครอบครัวแตกแยกและการที่ตากับยายต้องสูญเสียคนที่รักไปหลายๆครั้ง จึงทำให้หวาด ตา และยายต่างทุ่มเทและมอบความรักให้กับหลานอย่างมาก พยายามให้มีความสุขทดแทนสิ่งที่ขาดหาย การซื้อขนมให้หลานก็เป็นการแสดงออกอย่างหนึ่งของการมอบความรัก ขนมสำหรับตาและยายจึงไม่ใช่เพียงอาหารหรือของกินเล่น ขนมไม่ได้มีคุณสมบัติทางธรรมชาติของมันเพียงอย่างเดียวแต่ยังถูกกำหนดให้เป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าหรือความหมายที่แฝงอยู่ด้วย

แม้ว่าปัจจุบันจะมีสถานบริการสาธารณสุขอยู่ใกล้บ้าน และมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ให้บริการในหมู่บ้าน ทำให้ชาวบ้านมีทางเลือกในการแก้ปัญหาปากและฟันมากขึ้น แต่ผลการรักษาที่น้องวีได้รับครั้งแรกคือความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน จึงทำให้ผู้ปกครองไม่ยอม

พาไปรับการรักษาทางทันตกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงการทำให้หลานต้องเสียน้ำตา หรือแม้กระทั่งกรณี
ของการ แปร่งฟัน ซึ่งผู้ปกครองก็ไม่ต้องการขัดใจหลาน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีก้อปากกล้วย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในครอบครัวและชุมชนหมู่บ้านอีก้อปากกล้วย ทั้งด้านความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการป้องกันและรักษาเมื่อรู้ว่าเกิดโรคฟันผุ เชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม กระบวนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และการสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการใช้ข้อมูลเอกสาร และการตรวจสภาวะช่องปากเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดผลของพฤติกรรม การศึกษาค้นคว้านี้ใช้เวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2545

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสลับซับซ้อนและความเป็นพลวัต (Dynamic) ของพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่นๆอีกมากมาย ทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นปัญหาโรคฟันผุที่เกิดขึ้นจึงไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางชีวการแพทย์เท่านั้น แต่ยังคงเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจ กลยุทธ์ทางการตลาดที่เร่งอัตราการบริโภค การออกมาทำงานนอกบ้านของผู้หญิง เทคโนโลยีสมัยใหม่ การเคลื่อนย้ายแรงงาน การรอกงามของอุตสาหกรรมท่องเที่ยว การขยายการพัฒนาด้านสาธารณูปโภค การคมนาคม การศึกษา การสาธารณสุข อิทธิพลทางวัฒนธรรม รวมทั้งขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาเหล่านี้ ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่ายของชาวบ้านเปลี่ยนไปจากเดิม อันมีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว และมีผลต่อเนื่องถึงเด็กซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบนี้ส่งผลเชื่อมโยงต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากทั้งในด้านบวกและลบไปด้วยพร้อมกัน ในประเด็นต่างๆดังนี้

1. ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับทำให้คุณค่าต่อฟันน้ำนม กล่าวคือ ชุมชนนี้มีความเชื่อว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญเพราะเมื่อเด็กโตขึ้นจะมีฟันแท้ขึ้นมาแทนที่ ตลอดจนความเชื่อที่ว่า การเกิดโรคฟันผุในเด็กเป็นเรื่องปกติที่เด็กทุกคนมีโอกาสเป็น ความเชื่อเหล่านี้เมื่อผนวกกับการที่ชาวบ้านใช้อาการ ความรุนแรงที่กำลังเผชิญและลักษณะที่ปรากฏเด่นชัด อธิบายถึงโรคฟันผุ ร่วมกับการให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยในความหมายของความสามารถ หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปได้ ดังนั้นชุมชนนี้จึงให้ความสำคัญต่อการป้องกันและรักษาโรคฟันผุค่อนข้างน้อย

ความคิดความเชื่อของชาวบ้านในชุมชนนี้ มีลักษณะสอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคมและสภาพแวดล้อม โดยสิ่งที่กำหนดแบบแผนทางความคิดนั้นได้จากวัฒนธรรมดั้งเดิม ผสมผสานกับวัฒนธรรมที่รับมาใหม่ ซึ่งชาวบ้านจะเลือกรับเฉพาะส่วนที่สามารถเข้ากับประสบการณ์เดิม การตัดสินใจเลือกขึ้นกับสภาพแวดล้อม ตลอดจนอิทธิพลจากบุคคลอื่นๆ ความคิดความเชื่อที่ปรากฏบางอย่างอาจเป็นสิ่งที่ไม่ใช่เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ แต่ยังคงเป็นค่านิยมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา เนื่องจากได้รับการสั่งสม ถ่ายทอดมาจากคนรุ่นก่อนๆ ทำให้การอธิบายหรือการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนของชาวบ้านต่างจากทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทั้งนี้เป็นผลจากผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยมีพื้นฐานแนวคิดในเรื่องของความจริง (Reality) เกี่ยวกับโรคที่ต่างกัน การมีรากฐานความคิด หรือระบบความคิด ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันเช่นนี้ จึงนำไปสู่กรอบคำอธิบายและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันภายใต้ระบบวิถีคิดของแต่ละฝ่าย ดังนั้นความคาดหวังต่อการรักษาและผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงมีความแตกต่างกันด้วย

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กกลุ่มนี้ มีทั้งพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ อันเป็นผลเชื่อมโยงจากบริบททางสังคมวัฒนธรรม จากการวิจัยพบว่า เด็กอาข่าส่วนใหญ่ได้รับนมแม่จนกระทั่งอายุประมาณ 1-2 ปี อย่างไรก็ตามในครอบครัวที่แม่ต้องออกไปทำงานรับจ้างนอกบ้าน ไม่สามารถนำลูกไปด้วย เด็กบางคนอาจได้รับนมแม่ในระยะเวลาที่สั้นลง หรือได้รับนมแม่เฉพาะเวลากลางคืน โดยแม่มักจะพยายามชดเชยให้ลูกกินนมแม่มากขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ในเวลากลางคืน นอกจากนี้ลักษณะอาหารที่ใช้บริโภคก็มีความแตกต่างไปจากเดิม ในอดีตชาวบ้านในชุมชนรับประทานอาหารจากแหล่งธรรมชาติที่มีลักษณะหายาก เช่น ผัก ผลไม้ ความมั่นคงทางด้านอาหารของชาวบ้านเกิดจากการมีพืชผักที่หลากหลายในชุมชนของตนเอง แต่เมื่อชุมชนเปลี่ยนไปปลูกพืชเชิงพาณิชย์ ความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่เพาะปลูกต่างๆเริ่มลดลง

ทำให้อาหารจากแหล่งธรรมชาติมีจำนวนลดน้อยลง จนต้องพึ่งพาแหล่งอาหารจากระบบตลาดภายนอก

นอกจากนี้การพัฒนาส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจในปัจจุบันเกิดการจ้างงานมากขึ้น ชาวบ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อคนเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนบุตรในครอบครัวลดลง จึงส่งผลให้ชาวบ้านมีกำลังซื้อมากขึ้น ดังนั้นพ่อแม่จึงมีศักยภาพและความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก และบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือยต่างๆได้มากขึ้น นอกจากนี้ความก้าวหน้าในเทคโนโลยีทางด้านอุตสาหกรรมทำให้มีการผลิตขนมและอาหารแปรรูปผลิตภัณฑ์ใหม่ๆจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นขนมสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลในลักษณะของอาหารที่ละเอียดอ่อนนุ่ม มีการบรรจุสินค้าด้วยวัสดุและรูปแบบหลากหลาย มีสีสันทันสมัยล่อตาล่อใจ ราคาไม่แพง สามารถเก็บไว้ได้นาน อำนวยความสะดวกทำให้ง่ายต่อการเข้าถึง จัดจำหน่ายและกระตุ้นการบริโภคผ่านการโฆษณาทางสื่อต่างๆที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทำให้สินค้าเหล่านี้มีการแพร่กระจายหลังไหลเข้าถึงในทุกชุมชน ดังนั้นจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคไปจากรูปแบบเดิม

3. พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก

ในอดีตชาวอาข่ามักทำความสะอาดในช่องปากด้วยการบ้วนปากด้วยน้ำ หรือการใช้นิ้วมือถูฟัน การดูแลอนามัยในช่องปากของชาวอาข่าเป็นเพียงการกำจัดเศษอาหาร ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตและแบบแผนพฤติกรรมกรรมการบริโภคแบบดั้งเดิม ด้วยการบริโภคอาหารที่มีลักษณะหยาบและมีเส้นใยมาก แต่ในปัจจุบันรูปแบบอาหารที่บริโภคได้เปลี่ยนเป็นอาหารสมัยใหม่ที่อ่อนนุ่มและเหนียวติดฟัน เช่นแป้งและน้ำตาล ดังนั้นการดูแลอนามัยแบบดั้งเดิมจึงไม่เพียงพอที่จะกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่ติดค้างอยู่บนตัวฟันและป้องกันการเกิดโรคฟันผุได้

นอกจากนี้ลักษณะอาชีพในปัจจุบันทำให้พ่อแม่ส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน สถาบันครอบครัวของชาวอาข่าจึงถูกจำกัดบทบาทลง พ่อแม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแลลูกลดลง ประกอบกับการไม่ให้ความสำคัญต่อฟันน้ำนมและการป้องกันโรคฟันผุ และผู้ปกครองมักคิดว่าเด็กสามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ จึงทำให้ผู้ปกครองกลุ่มนี้ไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กมากนัก บางครั้งหน้าที่รับผิดชอบดังกล่าวก็ถูกมอบให้เป็นภาระหน้าที่ของโรงเรียนไป

4. พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค

เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้กำลังประสบกับปัญหาโรคฟันผุที่มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนมและอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคฟันผุ ในขณะที่ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับโรคฟันผุ การให้คุณค่าของฟันน้ำนม พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของครอบครัวและชุมชนยังคงรูปแบบเดิมเหมือนในอดีตที่ผ่านมา ไม่ได้มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การมีสถานบริการที่ใกล้บ้าน การเพิ่มจำนวนทันตบุคลากร การมีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่ทำให้เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากผลการสำรวจสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ กลับพบว่ามีมารับบริการทางทันตกรรมค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เมื่อเด็กมีอาการผุที่ฟัน แม่หรือผู้ดูแลเด็กจะวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการแล้วเลือกปฏิบัติที่จะรักษาเด็กให้หายเจ็บป่วยโดยใช้ประสบการณ์ของตน และคำแนะนำของปู่ย่าตายาย รวมทั้งปรึกษาเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์ ในกรณีประเมินว่าไม่ได้เจ็บป่วยอะไรก็จะไม่ทำอะไรเพียงแต่เฝ้าดูอาการประมาณ 2-3 วัน หากอาการทุเลาก็จะปล่อยทิ้งไว้ หากมีอาการเกิดขึ้นอีกหรือมีอาการมากจนกระทั่งทนไม่ไหวจึงพาเด็กไปรับการรักษา

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีการปลูกฝังสั่งสมกันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต จนกลายเป็นวัฒนธรรมสืบทอดกันมา ขณะเดียวกันก็เปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อม เมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การให้คุณค่ากับฟันน้ำนม ร่วมกับความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของความเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความเชื่อในผลการรักษา เชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม จะเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้

การที่ครอบครัวจะปรับตัวและมีแบบแผนการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในช่วงของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเรียกว่าการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ซึ่งเป็นกระบวนการทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อที่จะทำให้นุคคลเกิดปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อพัฒนาไปสู่สุขภาพที่ดี ซึ่งการขัดเกลาทางสังคมในที่นี้ได้ครอบคลุมถึงการถ่ายทอดแนวความคิดและพฤติกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก โดยมีการถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คน อีกรุ่นหนึ่ง ซึ่งมีวิธีการที่แตกต่างกันไป กระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอด และการปรับตัวของชาวบ้านที่มีอยู่ในชุมชนจะเกิดขึ้นตลอดเวลาทุกหนทุกแห่งทั้งภายในครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสื่อต่างๆ

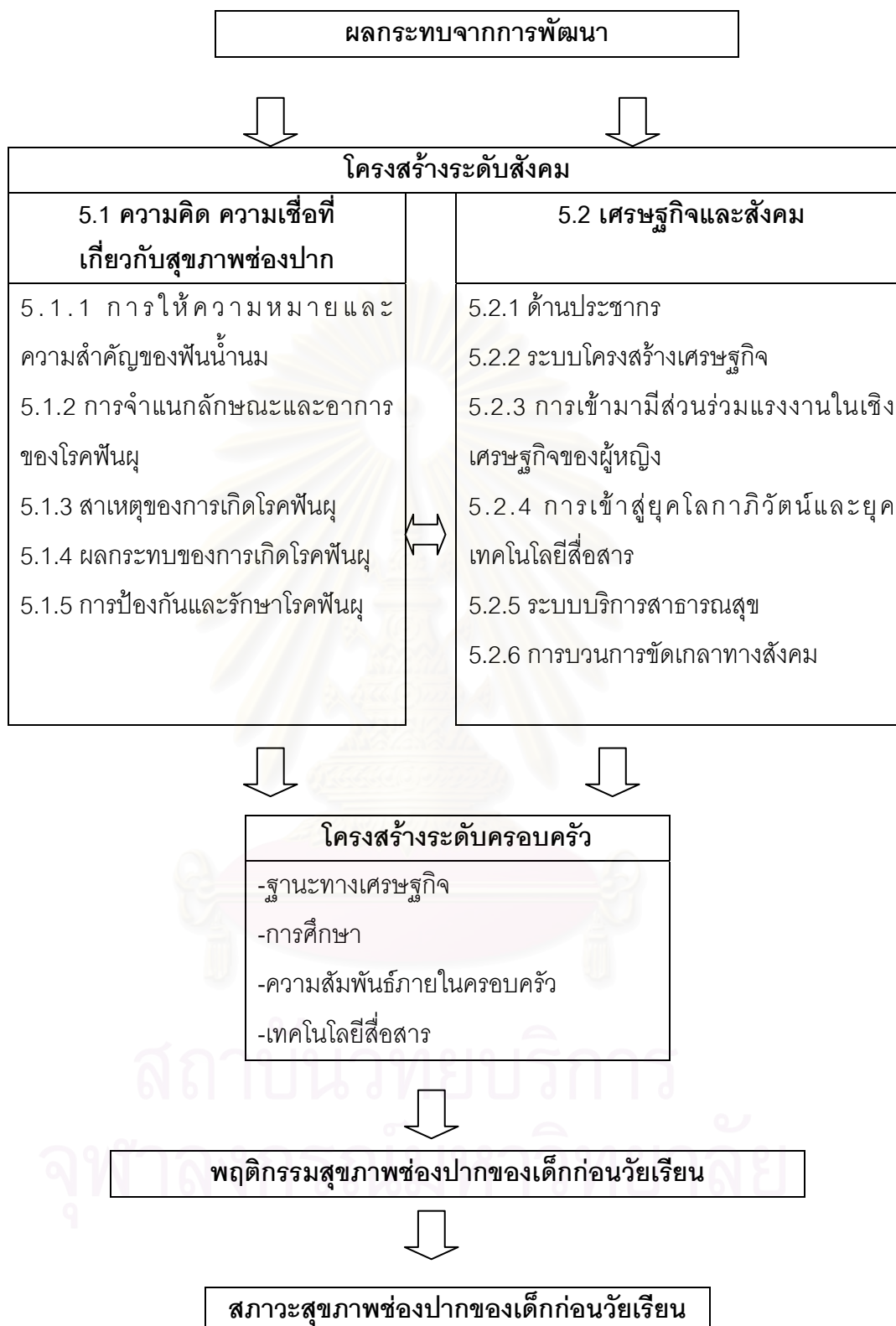
ดังนั้นการที่จะแก้ปัญหาหรือปรับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากให้แปรเปลี่ยนไปจากเดิมจึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา และกลยุทธ์ที่เหมาะสม สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่งคือ พฤติกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัย การที่ทันตบุคลากรจะมีความรู้ใน

เทคนิคกระบวนการรักษาทางทันตกรรมเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยอื่นควบคู่กันไป จึงเป็นการพิจารณาเพียงองค์ประกอบเดียวที่ยังขาดความสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้ความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการและวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้านในชุมชนนี้นับเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จำเป็นอย่างมากต่อการวางแผนหาแนวทางและรูปแบบในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เข้ากับระบบคิด ความเชื่อ และวิถีชีวิตของเด็กก่อนวัยเรียนชาวอาข่ากลุ่มนี้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิผลสูงสุดและมีความยั่งยืนต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในมิติวิทยาศาสตร์ชีวภาพร่วมกับสังคมศาสตร์ของครอบครัวและชุมชนของเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืนนั้นเป็นผลการเชื่อมโยงจากบุคคลที่เป็นสมาชิกของสังคมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทั้งเหตุและปัจจัยอันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีหรือสุขภาพวะของบุคคลและสังคมนั้น จึงต้องเป็นการทำงานที่เชื่อมโยงทั้งการเปลี่ยนแปลงทางมหภาคและจุลภาคเข้าด้วยกัน ในระดับมหภาคนั้นจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับโครงสร้างอันซับซ้อนของสังคมในระดับองค์กร สถาบัน และครอบครัว ส่วนในระดับจุลภาคนั้นต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลถึงการให้ความหมายของสุขภาพช่องปากที่ดี ตลอดจนสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆ

ในการอภิปรายผู้วิจัยจะนำเสนอให้เห็นถึงผลกระทบจากการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของหมู่บ้านอีโก๋ปากกล้วยในระดับมหภาค โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านประชากร โครงสร้างเศรษฐกิจ การเข้ามามีส่วนร่วมในแรงงานเชิงเศรษฐกิจของผู้หญิง การเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสื่อสาร ระบบบริการสาธารณสุข และการขาดแคลนทางสังคมจะส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและความคิด ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลทั้งด้านบวกและลบภาวะสุขภาพช่องปาก โดยจะขึ้นอยู่กับกระบวนการปรับตัวของแต่ละครอบครัว ซึ่งหากครอบครัวได้มีศักยภาพในการเรียนรู้ มีการปรับตัวได้ก็จะส่งผลให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดีได้ ดังแผนภาพดังนี้



ผลกระทบจากการพัฒนา

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากปี พ.ศ.2525 “รัฐ” ได้มีเป้าหมายและนโยบายในการพัฒนาชนกลุ่มน้อยทำให้ชุมชนชาวไทยภูเขามีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปจากอดีตเป็นอย่างมาก ทั้งด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยรัฐบาลสมัยนั้นได้ตั้งคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความมั่นคงของชาติเกี่ยวกับปัญหาชาวเขา ซึ่งมีมติคณะรัฐมนตรีขณะนั้น ได้มีเป้าหมายดังนี้

1. ด้านการปกครอง ให้ชาวเขาดำเนินในความเป็นคนไทยหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทย จัดระเบียบการประกอบอาชีพบนภูเขาให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของทางราชการ และได้มีการประสานงานกับทางอำเภอและจังหวัดเพื่อดำเนินการพิจารณาและลงสัญชาติไทยในทะเบียนบ้านให้กับชาวเขาตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทยที่ว่าด้วยการพิจารณาลงสัญชาติไทยในทะเบียนบ้านให้แก่ชาวเขา พ.ศ.2517 เพื่อเป็นการป้องกันชาวเขาอพยพเคลื่อนย้ายระหว่างอำเภอและระหว่างจังหวัด หรืออพยพเคลื่อนย้ายจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาในประเทศไทย
2. ให้ชาวเขาลดการปลูกพืชเสพติดและให้หลุดพ้นจากผู้มีอิทธิพลทางสิ่งเสพติด
3. พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมให้ชาวเขามีความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานใกล้เคียงกับคนไทยพื้นราบ โดยยกระดับรายได้ พัฒนาคุณภาพชีวิต และควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากรชาวเขา (อมรา พงศาพิชญ์, 2545)

นอกจากนี้โครงการพัฒนาตอตุยงฯ ซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อกลางปี พ.ศ. 2530 มีผลอย่างมากในการพัฒนาหมู่บ้านอีโก้ปากกล้วย โครงการฯมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสภาพป่าเสื่อมโทรม ให้ประชาชนและป่าอยู่ร่วมกันได้ จัดให้มีสภาพแวดล้อมดีขึ้น ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของชาวบ้านที่อยู่ในเขตโครงการฯ ให้ดีขึ้นทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ สร้างงานเพื่อให้มีการจ้างงานอยู่ตลอดปี และเพิ่มรายได้ให้ชาวบ้านมีศักยภาพสามารถเลี้ยงตัวได้ (การจัดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของตอตุยง, สื่ออิเล็กทรอนิกส์)

การขยายตัวของหน่วยงานทางราชการและการจัดโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาไปในหมู่บ้าน เช่น การขยายการพัฒนาด้านสาธารณูปโภค การคมนาคมเพื่อให้เกิดความสะดวกในการติดต่อสื่อสารกับคนในหมู่บ้านมากขึ้น ทำให้เกิดความเชื่อมโยงชาวบ้านกับบุคคลภายนอก ทั้งครู ข้าราชการหน่วยงานต่างๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ่อค้าจากภายนอก นักท่องเที่ยว รวมถึงสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ทำให้เกิดการหลั่งไหลของวัฒนธรรมภายนอกสู่ชุมชน ก่อให้เกิดขบวนการผสมผสานทางวัฒนธรรม ดังที่งามพิศ สัตย์สงวน (2543) กล่าวถึงการติดต่อทางวัฒนธรรมว่าเป็นปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง เมื่อชนสองกลุ่มที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมา

ติดต่อกัน แต่ละกลุ่มอาจมีอิทธิพลซึ่งกันและกันได้ การติดต่อกันอาจทำได้หลายทาง เช่น การอพยพ การเคลื่อนย้ายแรงงาน การค้า การแลกเปลี่ยนทางเทคโนโลยี การท่องเที่ยว และทางการสื่อสารมวลชน เป็นต้น เมื่อวัฒนธรรมที่ต่างกันสองวัฒนธรรมมาติดต่อกันไปเรื่อยๆ ในที่สุดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

สำหรับในสังคมชาวอาช้านบ้านอีโก้ปากกล้วย กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการยอมรับและรับเอากระแสวัฒนธรรมใหม่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต ล้วนแต่เป็นเงื่อนไขที่เอื้อให้ชาวบ้านได้รับรู้และปรับตัวให้เข้ากับแบบแผนการผลิต การดำรงชีพ และการดำเนินชีวิตใหม่ๆ ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้เข้าถึง ครอบครอง และบริโภคสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่ทันสมัย และซื้อหาได้จากตลาดและร้านค้าทั่วไปได้ง่ายขึ้นด้วย สภาพชีวิตความเป็นอยู่เดิมที่เรียบง่ายของชาวบ้านจึงเปลี่ยนไป ทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิต รูปแบบการแต่งกาย รวมถึงพฤติกรรมบริโภคอาหาร

ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง ชุมชนชนบทมักจะถูกวาดภาพหรือถูกคาดหวังให้เป็นเสาหลักของวัฒนธรรมดั้งเดิม เป็นตัวแทนของประวัติศาสตร์ที่ต่อเนื่องกันมายาวนาน และเป็นผู้ที่รักษาขนบธรรมเนียมประเพณี แต่ชาวบ้านไม่ใช่สิ่งที่ไร้ชีวิตจิตใจ พวกเขาสามารถคิด แสดงออก และให้ความหมายตามแต่โอกาสและข้อจำกัดที่มีอยู่ ต่างมีส่วนร่วมในการสร้างภาพลักษณ์และความหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง (วัฒนา สุทัศน์ศิล, 2544) หมู่บ้านอีโก้ปากกล้วยก็เช่นกัน ได้ผ่านกระบวนการพัฒนาและกระบวนการเปลี่ยนแปลง ไม่ใช่สังคมปิดที่ล้าหลัง แต่เป็นสังคมเปิดที่เต็มไปด้วยกระแสความเคลื่อนไหวต่างๆ สลับซับซ้อนและไม่เคยหยุดนิ่ง ชีวิตความเป็นอยู่จึงเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระแสความเคลื่อนไหวที่หลากหลายกับความพยายามของชาวบ้านในการทำความเข้าใจ เลือกลง ัดแปลง ใช้ประโยชน์กับกระแสความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ดังนั้นภายใต้โครงสร้างสังคมเศรษฐกิจในระบบใหม่นี้ ทางออกของชุมชนจึงไม่ใช่เพียงเลือกการพัฒนาแล้วทำลายวัฒนธรรม หรือเลือกวัฒนธรรมแล้วปฏิเสธการพัฒนา แต่สิ่งที่สำคัญคือ การทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วสร้างทางเลือกหรือตัวเลือกอื่นๆ เพื่อเปิดโอกาสสร้างเงื่อนไขสนับสนุน เอื้ออำนวย ให้ทางเลือกแก่ชาวเขาเหล่านี้ เพื่อให้ชาวบ้านจะได้เข้าสู่การเปลี่ยนแปลงและรับเอาวัฒนธรรมใหม่อย่างรอบคอบ มั่นคง มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีศักยภาพ และมีพลังทางวัฒนธรรม เลิกมองวัฒนธรรมแบบเดิมว่าเป็นสิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์ เป็นสิ่งที่ดั่งามเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ใช้วิถีชีวิตในปัจจุบันเป็นตัวตั้ง ปล่อยให้วัฒนธรรมที่หมดหน้าทีนั้นถูกยกเลิกไปเกิดการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมแบบเดิม โดยการผสมผสานหาพลังวัฒนธรรมใหม่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวเขาในปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขการพัฒนานั้น ย่อมก่อให้เกิดผลทั้งในด้านบวก และด้านลบ เช่นเดียวกับเหรียญที่มีสองด้าน กล่าวคือ ด้านหนึ่งทำให้เกิดการขยายอัตราความเจริญทางเศรษฐกิจ เกิด “ความเจริญ” และ “การพัฒนา” ในสังคมชาวอาฮา ความเจริญทางวัตถุ เทคโนโลยีที่จะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงความสะอาดกลบภายในชีวิต ส่วนอีกด้านหนึ่งการพัฒนา ส่งผลกระทบต่อด้านลบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากรและวัฒนธรรม ในขณะเดียวกันได้ส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว อันมีผลต่อเนื่องถึงเด็กที่เป็นสมาชิกของ ครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบนี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากทั้งในด้านบวกและลบไปพร้อมกัน ดังนี้

5.1 ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

ความคิดความเชื่อของชาวบ้านในชุมชนนี้ มีลักษณะสอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคมและสภาพแวดล้อม สิ่งที่กำหนดแบบแผนทางความคิดนั้นได้จากวัฒนธรรมดั้งเดิม ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนมีประวัติศาสตร์ยาวนาน มีประสบการณ์ ผ่านการต่อสู้เพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน ทำให้เกิดภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สังเคราะห์จากประสบการณ์ การสังเกต การคัดเลือกและถ่ายทอด เป็นวัฒนธรรมสืบทอดต่อกันมา รวมทั้งมีการผสมผสานกับวัฒนธรรมที่รับมาใหม่ ชาวบ้านจะเลือกรับเฉพาะส่วนที่สามารถเข้ากันได้กับประสบการณ์เดิม การตัดสินใจเลือกขึ้นกับสภาพแวดล้อม และอิทธิพลจากบุคคลอื่นๆ ความคิดความเชื่อที่ปรากฏบางอย่างจึงอาจดูเป็นสิ่งที่ไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ แต่ยังคงเป็นค่านิยมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา เนื่องจากได้รับการสั่งสมถ่ายทอดมาจากคนรุ่นก่อนๆ ทำให้การอธิบายหรือการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็ก ก่อนวัยเรียนของชาวบ้านต่างจากทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทั้งนี้เป็นผลจากผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยมีพื้นฐานแนวคิดในเรื่องของความจริง (Reality) เกี่ยวกับโรคที่ต่างกัน (Kleinman, 1980)

สำหรับการอธิบายนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบแผนการอธิบายโรคของ Kleinman อธิบาย โดย Kleinman อธิบายว่า แต่ละบุคคลมีความคิดความเชื่อหรือแบบแผนการอธิบายโรคแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นแพทย์วิชาชีพและชาวบ้านจึงมีแบบแผนการอธิบายโรคที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีบริบทที่ต่างกัน การที่เราเข้าใจความแตกต่างนี้จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์วิชาชีพและชาวบ้านดีขึ้น โดยจะอธิบายในประเด็นดังต่อไปนี้

- 5.1.1 การให้ความหมายและความสำคัญของฟันน้ำนม
- 5.1.2 การจำแนกลักษณะและอาการของโรคฟันผุในฟันน้ำนม
- 5.1.3 สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม
- 5.1.4 ผลกระทบของการเกิดโรคฟันผุ
- 5.1.5 การป้องกันและรักษาโรคฟันผุ

5.1.1 การให้ความหมายและความสำคัญของพินันาม

ชาวบ้านในชุมชนนี้อธิบายว่า พินันามจะหลุดตามวัยและเมื่อเด็กอายุมากขึ้น จะมีพินถาวรขึ้นแทนที่ ดังนั้นจึงไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคพินผุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบในชนบทอื่นๆของประเทศไทย (สุนิศา วัฒนเกษร และ สุณี ผลดีเยี่ยม, 2535; ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541) ส่วนในกรณีของพินถาวรนั้น ชาวอาข่ามีความเชื่อว่าพินจะเสื่อมไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้นพินต้องโยกหลุดเป็นเรื่องธรรมดา ดังนั้นจึงไม่ใช่โรคหรือความเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาแต่อย่างใด

“พอแก่มาทุกคนจะเป็นอย่างนี้ เหงือกมันจะหายไปเรื่อยๆ พินก็จะโยกแล้วก็หลุดไป อาข่าที่นับถือศาสนาผีเขาถือว่า ถ้าคนแก่ในบ้านที่อายุมากตาย ถ้าคนตายมีพินครบทุกซี่ ลูกหลานจะโชคไม่ดี จะทำให้ลูกสะแก่หรือหลานสะแก่คลอดลูกออกมาตาย แต่ถ้าคนแก่ที่ตายมีพินไม่ครบลูกหลานจะโชคดี บางคนพินไม่หลุดแต่พอป่วยหนักใกล้ตาย พินก็จะหลุดออกมา โบราณเขาบอกว่า ผีดึง”

ความคิดความเชื่อของชาวบ้านเกิดจากการสังเกต สังเคราะห์จากประสบการณ์ การคัดเลือกและถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรมสืบทอดต่อกันมาตั้งแต่รุ่นปู่ย่าจนถึงรุ่นลูกหลานท่ามกลางการดำรงชีวิตอยู่อย่างแนบชิดกับธรรมชาติ ปรัชญาการณของการเสื่อมสลายของอวัยวะในร่างกายจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ตามธรรมชาติ โดยปราศจากความรู้หรือวิทยาการที่จะช่วยยับยั้งความสูญเสียอวัยวะ ข้อสมมติฐานต่อความคิดความเชื่อนี้ อาจเนื่องมาจากแนวคิดในการยอมรับความเสื่อมสลายของร่างกาย และตระหนักเฉพาะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบ ณ ปัจจุบัน ซึ่ง Kluckhohn (1953 อ้างถึงใน พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540) กล่าวว่า เป็นแนวคิดในวัฒนธรรมตะวันออก เป็นลักษณะ “ผลสมกลมกลืน” ยอมรับความแก่ของร่างกายกับความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รวมถึงเรื่องของเวลาที่มุ่งอยู่กับปัจจุบัน (Present Oriented) ซึ่งแตกต่างตรงกันข้ามกับแนวคิดของวัฒนธรรมตะวันตกที่ต้องการเอาชนะธรรมชาติ ไม่ยอมรับความเสื่อมตามวัยและรวมถึงเรื่องของเวลาที่มุ่งอนาคต (Future Oriented) ทำให้ชาวบ้านไม่ให้ความสำคัญหรือมองถึงประโยชน์กับการป้องกันในอนาคต หรือไม่คำนึงถึงการดำเนินไปของโรค จนกว่าจะปรากฏอาการที่รบกวนต่อชีวิตประจำวัน ดังนั้นการมีพินันามผุและต้องสูญเสียพินันามไป ชาวบ้านจึงเห็นว่าเป็นเรื่องตามธรรมชาติมิใช่การเกิดโรค

5.1.2 การจำแนกลักษณะและอาการของโรคฟันผุในฟันน้ำนม

ชาวอาช่าส่วนใหญ่จะจำแนกฟันผุที่เกิดในฟันน้ำนมเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.1.2.1 ฟันผุที่เกิดบริเวณฟันหลัง จำแนกจากตำแหน่งและอาการที่พบ โดยฟันผุที่เกิดลักษณะนี้จะเกิดบริเวณฟันหลัง และจะต้องมีอาการปวด ซึ่งจะทำให้ฟันมีลักษณะเป็นรูหรือโพรงฟันชัดเจน

5.1.2.2 ฟันผุที่เกิดบริเวณฟันหน้า มักจะไม่มีอาการปวด ฟันจะกร่อนตามธรรมชาติ โดยเริ่มจากเดิมที่ฟันมีสีขาว เปลี่ยนเป็นสีเหลือง สีดำ และละลายหลุดไป

“ฟันหน้าของเด็กเป็นแบบนี้ ชาวอาช่าเรียกว่า เจอะก็ก็้อ ตอน ฟันขึ้นครั้งแรกจะเป็นสีขาว ต่อมาฟันจะมีสีเหลืองก่อน แล้วจะค่อยๆละลายไปเรื่อยๆ บางคนก็จะกลายเป็นสีดำ บางคนก็ละลายจนฟันหายไปหมด เหลือแต่ตอ สุดท้ายก็จะโยกแล้วหลุดไปเอง”

การอธิบายโรคของชาวบ้านต่างจากการอธิบายโรคของทางทันตแพทย์ที่ Veekamp และ Weerheijm (1995) ได้อธิบายขั้นตอนการลุกลามของโรคฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries) เป็น 5 ระยะ คือ ระยะเริ่มแรก (initial or reversible stage) ระยะทำลาย (damaged or carious stage) ระยะฟันผุลึก (deep lesion) ระยะบาดเจ็บ (traumatic stage) และระยะหยุดการทำลาย (arrested caries)

ส่วนการอธิบายถึงโรคในช่องปากนั้น ชาวบ้านใช้อาการลักษณะที่ปรากฏเด่นชัดด้วยการมองและสังเกตได้ด้วยตา เช่น การเห็นฟันผุเป็นรูหรือโพรงขนาดใหญ่ การมีฝ้าขาวผิดปกติที่ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มของเด็ก นอกจากนี้ยังใช้ความรุนแรงที่กำลังเผชิญ เช่น อาการปวดของฟัน ตั้งแต่ปวดเล็กน้อยจนถึงมาก ชาวบ้านจะมีการจัดแบ่งประเภทของโรคแตกต่างกันในแต่ละสังคม ต่างจากการแพทย์สมัยใหม่ที่มีระบบการจัดประเภทของโรค โดยจะอาศัยรูปแบบการจัดแบ่งแบบเดียวที่ถือว่าเป็นสากล มีลักษณะของโรคที่เป็นเอกลักษณ์เสมอ ไม่ว่าจะเกิดโรคในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมใดก็ตาม อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตามการจัดแบ่งโรคฟันผุตามวิชาชีพทันตแพทย์นั้น อาจเป็นสิ่งเข้าใจได้ยากในชาวบ้านกลุ่มนี้และไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ชาวบ้านรับรู้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่มักจะไม่สามารถบอกอาการและตำแหน่งได้เด่นชัด เมื่อประกอบกับลักษณะการดำเนินของโรคฟันผุในระยะแรกๆที่มักไม่มีอาการ บางระยะอาการบรรเทาได้ ดังนั้นหากถึงขั้นที่ตัดสินใจไปรับการรักษา จึงมักถึงขั้นที่โรคได้ลุกลามไปมากแล้ว มีอาการปวดจนทนไม่ได้ ครอบงวนต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่ที่ได้รับจึงเป็นการถอนฟัน เพราะไม่สามารถเก็บฟันไว้ได้

5.1.3 สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม

จากลักษณะอาการของโรคที่ต่างกัน ชาวอาช่าจะจำแนกสาเหตุของฟันผุเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.2.1.3.1 ฟันผุที่เกิดบริเวณฟันหลัง มีสาเหตุจากแมงกินฟัน

5.2.1.3.2 ฟันผุที่เกิดบริเวณฟันหน้า มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์

ซึ่งฟันผุทั้งสองลักษณะนี้ชาวอาช่าส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสามารถเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ โดยเด็กทุกคนมีโอกาสที่จะเกิดโรคได้

การที่ชาวอาช่าส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการเกิดฟันผุมีสาเหตุจากแมงกินฟันนั้น เป็นความเชื่อที่คล้ายคลึงกับความเชื่อว่าการปวดฟันเกิดจากหนอนหรือสิ่งมีชีวิตที่อยู่ภายในตัวฟันซึ่งเป็นความเชื่อที่มีมาตั้งแต่ในสมัยบาบิโลเนียนและกรีก ทั้งในประเทศแถบตะวันตกและแถบตะวันออก (Nations, 2001) ข้อสันนิษฐานหนึ่งต่อความคิดความเชื่อเรื่องแมงกินฟันของชาวบ้านคือ จากประสบการณ์ที่พบว่ามีรูหรือเป็นโพรงเกิดขึ้นที่ตัวฟัน บวกกับลักษณะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเมื่อฟันผุลุกลามใกล้ถึงโพรงประสาทฟันที่มีอาการปวดเป็นระยะ ทั้งเจ็บแปลบเสียวฟัน ชาวบ้านหลายคนจึงตั้งข้อสงสัย เกิดจินตนาการและความรู้สึกเปรียบเทียบได้กับการที่สิ่งมีชีวิตบางอย่างที่เล็กมากกำลังเจาะกัดกินตัวฟัน (ปิยะฉัตร พัทธานันต์, 2543) หากเปรียบเทียบกับแนวคิดทางการแพทย์และความคิดความเชื่อของชาวบ้านต่อเชื่อที่เป็นสาเหตุน่าจะเป็นส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก เนื่องจากเชื้อโรคที่ทำให้เกิดฟันผุได้แก่ *Mutans streptococci* คล้ายกับที่ชาวบ้านบางส่วนบอกว่าเป็นหนอนที่ตัวเล็กมาก

ในขณะที่ลักษณะการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries) ที่เกิดฟันผุบริเวณฟันหน้าบน ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ไม่ใช่อาการของโรคฟันผุ เป็นเรื่องธรรมชาติของฟันน้ำนมที่มีการเปลี่ยนแปลง เชื่อว่ามีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคนี้อยู่บนพื้นฐานของสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (The natural world) ซึ่งเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุทางธรรมชาติ ทั้งจากสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต เช่น สภาพอากาศ การมีสัตว์หรือสิ่งมีชีวิตอื่นมาทำอันตรายต่อร่างกาย เป็นต้น (Helman, 1984) เมื่อชาวบ้านเชื่อว่าฟันหน้าฟันน้ำนมมีสาเหตุจากสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติ ดังนั้นจึงรักษาโรคตามอาการที่จะเกิดขึ้น โดยมีได้แสวงหาการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรค

ความเชื่อบางอย่างที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้านกลุ่มนี้อาจยากที่จะปรับเปลี่ยน แต่สิ่งที่คุณคณาจารย์ควรคำนึงถึงคือการสนับสนุนให้ชาวบ้านเกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดอาการลักษณะผิดปกติดังกล่าว เช่น เมื่อชาวบ้านมีความเชื่อถึงสาเหตุการเกิดโรคฟันผุที่เกิดจากแมงกินฟัน หรือ กรรมพันธุ์ ซึ่งแม้ว่าจะจะเป็นลักษณะคำเรียก (Terminology) ที่แตกต่างกัน แต่หมายถึงในสิ่งเดียวกันกับแนวคิดทางการแพทย์ ดังนั้นจึงน่าจะ

เป็นสิ่งที่ง่ายที่สุด ในการสร้างกระบวนการสื่อสารอธิบายการเกิดฟันผุที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อของชาวบ้านกับแนวคิดทางการแพทย์ หรืออาจจะหากวิถีในการสื่อสารให้ชาวบ้าน เข้าใจได้ว่า หากฟันน้ำนมเริ่มมีลักษณะเปลี่ยนสี จากฟันสีขาวเปลี่ยนเป็นสีเหลือง การมาพบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสามารถช่วยป้องกันไม่ให้ฟันเปลี่ยนแปลงลูกกลมจนเหลือแต่ตอฟันได้

การที่บางครอบครัวมีความเชื่อว่าการเกิดฟันผุมีสาเหตุจากการกินขนม หรือการ แปรงฟันไม่สะอาด ผู้ปกครองกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ทำให้ เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีนั้น Helman (1984) ได้อธิบายว่า บุคคลที่สามารถจัดการชีวิตตนเองได้ดี จะเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร หรือ การดูแลสุขภาพ อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง (individual patient or patient center) การมีความเชื่อแบบนี้ ถือเป็นส่วนสำคัญในการบอกถึงความสามารถในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยมักมีความ เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลด้วย ในขณะที่บุคคลผู้ที่เชื่อว่าตนเองไม่มี ศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มักเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุภายนอก ไม่สามารถ ควบคุมด้วยตนเองได้ จึงรู้สึกว่าจะไม่มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน

อย่างไรก็ตามแม้ว่าชาวบ้านบางคนจะเชื่อว่า การกินขนมทำให้เกิดฟันผุ แต่ ประเภทของขนมที่ชาวบ้านรับรู้ว่าจะทำให้เกิดฟันผุคือ ขนมหวาน ลูกอม เท่านั้น ซึ่งทางการแพทย์ เชื่อว่า การเกิดฟันผุเกิดจากคาร์โบไฮเดรตทั้งกลุ่ม โดยแบ่งชนิดอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุตาม องค์ประกอบทางชีวเคมี โดยมีการศึกษาที่พบว่า น้ำตาลซูโครส เป็นตัวสำคัญในกระบวนการเกิด ฟันผุ ซึ่งแบคทีเรียจะใช้น้ำตาลซูโครสเป็นพลังงานในการสร้างกรด นอกจากนี้น้ำตาลฟรุกโตสใน ผลไม้ก็มีผลทำให้เกิดฟันผุได้เช่นกัน ส่วนแป้งนั้นแม้ว่าจะทำให้เกิดฟันผุได้น้อยกว่าน้ำตาล แต่เมื่อ แป้งไปรวมกับน้ำตาล เช่น ขนมปัง คุกกี้ และอาหารหวานก็สามารถเกิดกรดได้ใกล้เคียงกับน้ำตาล (Mormann และ Muhlemann, 1981) ความแตกต่างในเรื่องความเชื่อเรื่องนี้ อาจมีที่มาจาก การ จัดประเภทของอาหารในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน การจัดประเภทอาหารของชาวบ้านอาจ ไม่ได้แยกแยะตามหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ การที่แต่ละสังคมมีการแบ่งประเภทของอาหาร ออกไปไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (เบญญา ยอดดำเนิน, 2529) การมีความเชื่อที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีใน การผลิตอาหาร ทำให้ขนมได้รับการแปรรูปมากขึ้น มีรูปแบบหลากหลายชนิด ในขณะที่ทาง การแพทย์ยังไม่สามารถใช้กลวิธีสื่อสารและให้ความรู้ให้เท่าทันกับรูปแบบอาหารที่เปลี่ยนไป

จะเห็นได้ว่าแนวคิดทางการแพทย์มีการให้ความหมายต่อการเกิดโรคบนพื้นฐาน ทางวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ชาวบ้านมีระบบการให้ความหมายต่อการเกิดโรคด้วยการผสมผสาน รูปแบบความคิดหลายๆลักษณะเข้าด้วยกัน ทั้งจากความเข้าใจแบบสามัญสำนึก (common sense) ประสบการณ์ส่วนบุคคล ความเชื่อที่มีอยู่แต่เดิมซึ่งได้รับการถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ

การบอกเล่าของผู้อื่น รวมทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการให้ความหมายความเจ็บป่วยของแพทย์ จึงเป็นเพียงวิธีทางหนึ่งท่ามกลางความคิดที่เป็นพหุลักษณะ (pluralistic) ของชาวบ้าน (Kleinman, 1980)

5.1.4 ผลกระทบของการเกิดโรคพันธุ

ในทางการแพทย์เชื่อว่าการเกิดพันธุในเด็กก่อนวัยเรียนส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายช้าลง (Acs และคณะ, 1992) ผลกระทบต่อการเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพันธุทารกในอนาคต (Al-Shalan และคณะ, 1997) และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (Tinanoff และ O'Sullivan, 1997) ในทางตรงกันข้าม ในมุมมองของชาวบ้านกลับคิดว่า เป็นเรื่องปกติที่เมื่อถึงวัย เด็กก็จะมีพันธุทารกขึ้นมาแทนที่ ทั้งนี้เนื่องจากชาวบ้านให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยในลักษณะของความสามารถ หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไปได้ มากกว่าจะพิจารณาจากผลตามของปรากฏการณ์ที่จะปรากฏขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต ดังนั้นการเกิดโรคพันธุในระยะที่ยังไม่มีอาการเจ็บปวดในเด็กวัยนี้ ผู้ปกครองจึงรับรู้ว่าเป็นความปกติธรรมดา (routine illness) ไม่ใช่ความเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลนั้นยังสามารถปฏิบัติตนได้ตามปกติ (Cockerham, 1978)

Gordon (1966 อ้างถึงใน อภิชาติ จัรัสถุทธิรงค์, 2529) ได้เสนอว่าความเจ็บป่วยยังมีมุมมองในมิติทางสังคม กล่าวคือ โรคที่ไม่มีความรุนแรง และอาการ สาเหตุของโรค ตลอดจนการรักษาเป็นสิ่งที่รู้ได้แน่นอน ผู้ป่วยเหล่านี้จัดเป็น “ผู้ไม่ป่วยแต่ไม่สบาย” ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะให้ความสำคัญกับแพทย์แตกต่างกันตามสถานภาพทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดย “ผู้ไม่ป่วยแต่ไม่สบาย” ในกลุ่มที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำจะปฏิเสธความช่วยเหลือจากทางการแพทย์และต้องการรักษาตัวเองมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสังคมสูง

ในการที่แพทย์และผู้ป่วยมีรากฐานความคิด หรือระบบความคิด ความเข้าใจ ต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ย่อมนำไปสู่กรอบคำอธิบายและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันตามระบบวิธีคิดของแต่ละฝ่าย ดังนั้นความคาดหวังต่อการรักษาและผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงย่อมมีความแตกต่างกันไปด้วย ผู้ป่วยต้องการเพียงให้ตนเองสามารถทำงานได้ตามปกติ หรือช่วยบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่ทำให้สุขภาพต้องเลวร้ายยิ่งไปกว่าเดิม และสามารถกลับไปสู่สถานการณ์ชีวิตตามปกติได้โดยเร็วที่สุด ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม ดังนั้นเด็กที่ปวดฟันน้ำนม ผู้ปกครองจึงต้องการที่จะรับการรักษาด้วยการถอนฟัน

5.1.5 การป้องกันและรักษาโรค

ความเชื่อหรือแบบแผนการอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุในการเกิดโรคของบุคคล เป็นสิ่งหนึ่งที่กำหนดวิธีการที่บุคคลเลือกใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และเป็นส่วนที่มี

ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการป้องกันและรักษาสุขภาพ เนื่องจากเมื่อบุคคลเชื่อในสาเหตุการเกิดโรคเป็นเช่นใด บุคคลก็จะคิดหาวิธีการที่จะจัดการและรักษาโรคตามความเชื่อนั้น ทั้งนี้ปัญหาโรคฟันผุในฟันน้ำนมไม่ใช่ปัญหาที่มีความรุนแรงมากจนถึงชีวิต ความใส่ใจในการดูแลรักษาจึงขึ้นอยู่กับทำให้คุณค่าต่อฟันน้ำนม ดังการศึกษาของ Thomas และ Startup (1992) ที่พบว่า มารดาที่คิดว่าการที่เด็กสูญเสียฟันน้ำนมเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จะมีบุตรที่มีฟันผุค่อนข้างมาก และพบว่าส่วนใหญ่รอยโรคเหล่านี้มักไม่ได้รับการรักษา เมื่อผนวกกับความคิดความเชื่อของชาวบ้านบางอย่าง เช่น ความเชื่อที่ว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญเพราะเมื่อเด็กโตขึ้นจะมีฟันถาวรขึ้นมาแทนที่ หรือความเชื่อที่ว่าเกิดโรคฟันผุในเด็กเป็นเรื่องปกติที่เด็กทุกคนมีโอกาสเป็น ดังนั้น ชาวอาข่าบ้านปากกล้วยจึงให้ความสำคัญต่อการป้องกันและรักษาโรคฟันผุค่อนข้างน้อย

ส่วนวิธีการรักษาโรคฟันผุของชาวบ้านที่มีหลากหลายรูปแบบนั้น เนื่องจากในอดีตการเดินทางไปโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยเป็นเรื่องลำบาก ชาวบ้านผ่านประสบการณ์การต่อสู้หาวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อความอยู่รอดด้วยตนเอง ตามที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ จากคำบอกเล่า จากประสบการณ์ ซึ่งเครือข่ายสังคม ครอบครัวและเครือข่ายที่เป็นโครงสร้างที่สำคัญในการถ่ายทอดความรู้เหล่านี้ ความรู้ของชาวบ้านเหล่านี้จะเป็นที่เชื่อถือปฏิบัติ สืบทอดกันมา และคงอยู่ในสังคมของชาวอาข่า เพราะ

1. เป็นความรู้ที่มีฐานแน่น อยู่กับชาวบ้านมากที่สุด เพราะแต่ละขั้นตอนการรักษาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นท่ามกลางความเป็นจริงในการดำรงชีวิตของชาวบ้าน จึงเป็นผลผลิตและเป็นสมบัติที่ชาวบ้านครอบครองได้อย่างแท้จริง เป็นข้อมูลที่ใกล้มือเพราะอยู่กับคนที่ใกล้ชิดชาวบ้านมากที่สุด และมักมาทันเวลาที่สุดท้ายที่ชาวบ้านต้องการความช่วยเหลือ
2. เป็นกระบวนการแพทย์ที่มีกระบวนการทางสังคมมารองรับ ไม่ใช่เป็นความรู้ที่อยู่ลอยๆ หรืออยู่ในตำรา แต่ทว่าเป็นความรู้ที่อยู่ในคน ซึ่งมักแปลออกเป็นคำแนะนำชักชวนเมื่อญาติมิตรประสบปัญหา หรืออาจเรียกว่ามีกระบวนการทางตลาดเกิดขึ้นอย่างธรรมชาติตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อคำแนะนำหรือการรักษา นั้นเป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้แนะนำเคยใช้ได้ผลมาก่อน จึงมักมีการแนะนำที่หนักแน่น เชื่อมั่นและมีการโน้มน้าวหรือชักชวนให้พิสูจน์
3. ให้คำแนะนำที่เป็นจริงในทางปฏิบัติมากที่สุด เพราะวิธีการเหล่านี้ถูกสังเคราะห์ขึ้นจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนเอง จึงมีลักษณะ

แปลกแยกอยู่น้อย สามารถใช้ได้ทันทีโดยไม่ต้องประยุต์ โดยเฉพาะมักใช้ของใช้ที่ใกล้มือที่หยิบฉวยหรือหามาได้โดยสะดวกหรือด้วยวิธีการง่ายๆ

4. เป็นกระบวนการที่สวนทางกับการผูกขาดของการแพทย์แบบวิชาชีพ ลักษณะการถ่ายทอดความรู้เป็นไปตามธรรมชาติ ด้วยเจตนาดี โดยไม่มีลักษณะที่ต้องการครอบครองวิทยาการไว้เพื่อแสวงหาผลประโยชน์

5. เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ มีชีวิต มีความเคลื่อนไหวตลอดเวลา และเป็นไปอย่างไร้ขอบเขต ลักษณะเฉพาะของการรักษานั้นไม่มีระบุไว้ในตำราหรือทฤษฎีใดมาก่อน อาจไม่มีทฤษฎีใดเป็นฐานในการสังเคราะห์ หากแต่สังเคราะห์ขึ้นใหม่จากการอนุมานด้วยเหตุผลต่างๆ การคาดเดา การคิดเอง การฝัน หรือความบังเอิญ และเมื่อมีผู้ทดลองใช้แล้วได้ผล ก็จะแพร่ขยายไปอย่างหาต้นตอที่แน่ชัดไม่ได้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533)

การตัดสินใจในการไปรับการรักษาของเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มนี้ก็เช่นกัน เมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน ผู้ปกครองจะเฝ้าดูอาการประมาณ 2-3 วัน หากอาการทุเลาก็จะปล่อยทิ้งไว้ และปฏิบัติดูแลรักษาตนเอง จนกว่าจะมีอาการเกิดขึ้นอีก จนกระทั่งทนไม่ไหวจึงไปรับการรักษา ซึ่งการรักษาโรคเมื่อเด็กเจ็บป่วยนั้น แม่หรือผู้ดูแลเด็กในทุกภาคของประเทศจะปฏิบัติไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ จะมีการวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรงของอาการแล้วเลือกปฏิบัติที่จะรักษาเด็กให้หายเจ็บป่วยโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง และคำแนะนำของปู่ย่าตายาย รวมทั้งปรึกษาเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์มาก่อน ในกรณีที่ประเมินว่าไม่ได้เจ็บป่วยอะไรก็จะไม่ทำอะไร เพียงแต่เฝ้าดูอาการจนเด็กหายเป็นปกติ (นิตยา สอนสุขน, 2536 ;สมศรี กิจชนะพานิชย์, 2539)

สำหรับวิธีการจัดการเมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเกิดขึ้นนั้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536) ได้อธิบายไว้ว่า ใ้ว่าบุคคลนั้นจะแสวงหาแนวทางหรือวิธีการรักษาเสมอไป ระยะเวลาจากจุดที่บุคคลตระหนักถึงอาการผิดปกติของตนไปจนถึงการลงมือปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นใช้เวลายาวนาน มีความสลับซับซ้อน และได้รับอิทธิพลอย่างมากจากองค์ประกอบด้านการรับรู้ และองค์ประกอบด้านสังคม ผลของอิทธิพลเหล่านี้ จะออกมาในหลายรูปแบบ ทั้งการเพิกเฉยไม่สนใจ อดทนต่ออาการเจ็บป่วย รักษาด้วยตนเอง หรือไปปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

Freidson (1971) มีแนวคิดที่ว่า สังคมเป็นส่วนกำหนดรูปแบบของปรากฏการณ์การเจ็บป่วยของบุคคล โดยมองว่าการเจ็บป่วยไม่ได้ถูกกำหนดจากสภาพทางกายภาพของผู้ป่วย

เพียงอย่างเดียว บุคคลบางส่วนในสังคมที่เจ็บป่วยแล้วไม่ได้ไปพบแพทย์ ทั้งนี้เขาคิดว่าขึ้นอยู่กับระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยสามัญชน (Lay referral system) ที่แวดล้อมบุคคลอยู่ ซึ่งหมายถึงบุคคลต่างๆที่เขามีความสัมพันธ์อยู่ด้วย เช่น ญาติ พี่น้อง บุคคลในครอบครัว ตลอดจนเพื่อนบ้านซึ่งมีบทบาทในการการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและให้คำรับรอง (Legitimize) ว่าผู้ป่วยป่วยจริงหรือไม่ แล้วร่วมวินิจฉัยอาการเจ็บป่วย ตลอดจนแนะนำแหล่งหรือวิธีการรักษาที่บุคคลเหล่านั้นคิดว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเจ็บป่วยนั้นให้หายขาด ทั้งนี้ขึ้นกับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยซึ่งจะมีความรู้และประสบการณ์จากการรักษาโรคที่ผ่านมาที่จะแนะนำวิธีการรักษาต่างๆ โดยจะเป็นวิธีการใดขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดเองที่จะกำหนดความเชื่อของเขาต่อการรักษาด้วยรูปแบบต่างๆ ดังนั้นผลของกระบวนการดังกล่าวย่อมส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลให้มีความแตกต่างกันไป ไม่ได้จำกัดแต่เพียงการมีพฤติกรรมไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น

นอกจากนี้ความเชื่อบางอย่างของชาวบ้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ยังมีความเชื่อมโยงเกี่ยวกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม เช่น หากทารกที่อายุน้อยกว่า 5-6 เดือน พ่อแม่จะไม่ป้อนน้ำให้ จะให้แต่นมแม่ เพราะถ้าให้น้ำดิบก็เกรงว่าเด็กจะท้องเสียหรือให้น้ำต้มก็ร้อนเกินไป เมื่อเด็กโตขึ้น สุขภาพแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันมากขึ้นจึงจะให้น้ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากโดยทั่วไปชาวบ้านจะบริโภคน้ำโดยไม่ผ่านการต้ม ส่วนความเชื่อในด้านการบริโภคอาหารของทารกนั้น ผู้ปกครองส่วนใหญ่นิยมเริ่มให้อาหารกับเด็กโดยการบดอาหารให้ละเอียดด้วยการเคี้ยวด้วยปากแล้วจึงป้อนให้เด็ก ซึ่งวิธีการนี้ทางการแพทย์เชื่อว่าจะทำให้มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อ *mutans streptococci* ที่เป็นสาเหตุสำคัญในการทำให้เกิดฟันผุผ่านทางน้ำลาย ซึ่งสามารถถ่ายทอดโดยการสัมผัสใกล้ชิด หรือผ่านทางภาชนะที่ปนเปื้อนเชื้อ เช่นการใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกัน การป้อนอาหาร การใช้แปรงสีฟันร่วมกัน ทั้งนี้ความสามารถในการถ่ายทอดเชื้อจะขึ้นกับระดับปริมาณของเชื้อในน้ำลายของแม่ด้วย (Berkowitz และคณะ, 1981)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีการปลูกฝัง สัมพันธ์กันเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต จนกลายเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา ขณะเดียวกันก็เกิดเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อม การที่จะแก้ปัญหาหรือปรับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากให้แปรเปลี่ยนไปจากเดิมจึงจำเป็นต้องอาศัยเวลา และกลยุทธ์ที่เหมาะสม สิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่งคือ พฤติกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากหลายๆปัจจัย การที่ทันตบุคลากรจะมีความรู้เพียงในเทคนิคกระบวนการรักษาทางทันตกรรมเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยอื่นควบคู่ด้วยกันไป จึงเป็นเพียงองค์ประกอบเดียวที่ยังขาดความสมบูรณ์ ข้อควรตระหนักจึงอยู่ที่ว่า บุคคลที่อยู่ในระบบวัฒนธรรมหนึ่ง มีโลกทัศน์ ระบบวิถีคิดและแบบ

แผนการดำเนินชีวิตแบบหนึ่งของตนเอง การพัฒนาหรือดำเนินการใดๆควรตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่สมานฉันท์ เคารพในศักดิ์ศรี และเชื่อมั่นในคุณภาพของมนุษย์ แม้ว่าในที่สุดแล้วแต่ละคนอาจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แต่ทุกคนล้วนสามารถ "เข้าใจ" ซึ่งกันและกัน แบ่งปันความปรารถนาที่ระหว่างกันได้โดยไม่จำเป็นต้องยึดเยียดความถูกต้องให้กับอีกฝ่ายหนึ่ง การจัดการปัญหาทางสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงควรเริ่มจากการยอมรับว่าคนในสังคมมีระบบความคิดที่หลากหลาย การทำความเข้าใจต่อการให้ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงต้องตั้งอยู่บนรากฐานความคิดหรือระบบความคิดของชาวบ้านเป็นสิ่งสำคัญ

การรับรู้ วิธีคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของความเจ็บป่วย การให้ความหมาย สาเหตุของการเจ็บป่วย ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความเชื่อในผลการรักษา รวมทั้งบริบททางสังคมวัฒนธรรม จะเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การที่จะทำให้ชาวบ้านจะมีพฤติกรรมไปตามทิศทางที่ทันตแพทย์แนะนำจึงไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยเพียงวิธีการแก้ปัญหาโดยการให้คำแนะนำให้ชาวบ้านทราบถึงสาเหตุและวิธีการป้องกันและรักษาโรคแล้วจะทำให้ชาวบ้านมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากตามที่แนะนำได้ แต่ยังคงคำนึงว่าคำแนะนำนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ชาวบ้านคิดและวิถีชีวิตของเขาหรือไม่ ความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการและวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่นนับเป็นข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดบริการทันตกรรมในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการประสานสอดคล้องกับพฤติกรรมและความเชื่อของชาวบ้านอันจะนำมาซึ่งประสิทธิผลสูงสุด

5.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แถลงในการประชุมสุดยอดเพื่อการพัฒนาสังคมที่กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก ระหว่างวันที่ 6-12 มีนาคม พ.ศ. 2538 ว่าสุขภาพคือเสาหลักของการพัฒนาสังคม เรื่องของสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายและหนทางนำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาสังคม สุขภาพไม่อาจแยกออกจากเรื่องของเศรษฐกิจ ผลผลิตทางสังคม หรือครอบครัว (WHO, 1995) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน เกิดจากปัจจัยทั้งภายในบุคคลและภายนอกบุคคล การมองปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงต้องมองอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้โครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน โดยสามารถกล่าวแยกตามประเด็นดังนี้

5.2.1. ประชากร

การพัฒนาทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรชาวไทยภูเขาลดลง ทั้งนี้เนื่องจากภาครัฐได้มีนโยบายควบคุมอัตราการเพิ่มประชากรของชาวเขา โดยการสนับสนุนให้ชาวเขามีการคุมกำเนิดมากขึ้น มีการคุมแท้งประมาณลงไปในพื้นที่ พัฒนาการวางแผนครอบครัวเชิงรุก นอกจากนี้ปัจจัยภายนอก อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งไม่สามารถรองรับ

กับจำนวนประชากรที่มากขึ้น การมีที่ดินจำกัด การแย่งชิงทรัพยากร รวมไปถึงการที่ผู้หญิงออกมาทำงานนอกบ้าน มีความสามารถทำรายได้มากขึ้น และมีสถานภาพสูงขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นแรงเสริมที่ผลักดันให้ชาวบ้านยอมรับการวางแผนครอบครัวมากขึ้น ชาวบ้านส่วนใหญ่จึงนิยมมีบุตรลดลง ทำให้สัดส่วนของการเพิ่มประชากรในหมู่บ้านอีกก่อปากกล้วยในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 1 ต่อปี โดยมีจำนวนเด็กที่อายุ 0-4 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 (ฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาตอยตุง, 2543) จากผลการสำรวจสำมะโนประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2543 พบว่าจำนวนประชากรไทยมีสัดส่วนการเพิ่มประชากร เป็นร้อยละ 1.1 ต่อปี โดยมีจำนวนเด็กที่อายุ 0-4 ปี ร้อยละ 9.8 (กองสถิติสังคม, 2543) ผลของการควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากรทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง และมีผลทำให้อัตราส่วนภาวะการเลี้ยงดูเด็กมีแนวโน้มลดลงตามมาด้วย เมื่อประกอบกับในปัจจุบันที่มีการจ้างงานมากขึ้น ชาวบ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อคนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ชาวบ้านมีกำลังซื้อมากขึ้น ฉะนั้นการลงทุนเพื่อเด็กในครอบครัวจึงสูงขึ้น พ่อแม่มีศักยภาพและความสามารถเพิ่มขึ้นพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการของเด็กทั้งในด้านสาธารณสุข การศึกษา เป็นต้น (กุศล สุนทรธาดา และอุไรวรรณ คณิงสุวรรณ, 2541) ซึ่งก็รวมถึงชนมหวานที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดฟันผุ

“มีลูกคนเดียวก็พอแล้ว สมัยนี้เลี้ยงเด็กแต่ละคนต้องใช้จ่ายเยอะ ทั้งค่านมผง เสื้อผ้า โดยเฉพาะค่าขนม บางวันกินขนมวันละ 20 บาท ตอนเด็กๆเราก็ไม่ค่อยได้กิน เดียวนี้พ่อก็มีเงินก็อยากให้เราได้กินบ้าง”

สังคมอาซาเริ่มเปลี่ยนแปลงจากลักษณะของครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติยังมีอยู่มาก นอกจากพ่อแม่มีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กแล้ว ญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ ย่า ลุง ป้า น้าอา พี่ ยังมีส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะปู่กับย่าซึ่งมักเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดเมื่อพ่อแม่มีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน พี่สาวและพี่ชายก็มักจะได้รับมอบหมายให้ดูแลน้อง นอกจากนี้เพื่อนบ้านที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันก็อาจได้รับความไว้วางใจให้ดูแลเด็กแทน ทำให้การควบคุมเรื่องการแปรงฟันและการรับประทานอาหารหวานทำได้น้อย เมื่อเด็กมีอายุ 2 ปีขึ้นไป ผู้ปกครองจะส่งไปเด็กเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ซึ่งการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในสถานที่ยังขาดความต่อเนื่อง

5.2.2 ระบบเศรษฐกิจ

โครงการพัฒนาออยตุงฯได้ส่งเสริมให้มีการปลูกป่าเศรษฐกิจ และการสร้างงานอาชีพอื่น ๆ นอกจากการเกษตรกรรม เช่น งานในโรงงานทอผ้า ทอพรหม ตัดเย็บเสื้อผ้า และผลิตภัณฑ์ศิลปะต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการจ้างงานนี้ได้สร้างโอกาสและทางเลือกแก่หญิงสาวชาวบ้านจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ทำให้ชาวบ้านกลุ่มนี้มีโอกาสเพิ่มพูนรายได้อีกทาง ชาวบ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อคนสูงขึ้น มีผลให้พ่อแม่มีศักยภาพและความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเด็ก ตลอดจนสิ่งของฟุ่มเฟือยต่างๆในหลายๆด้านได้

อย่างไรก็ดีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรตระหนักอย่างยิ่ง โดยเริ่มตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงจากการดำรงชีพในระบบกสิกรรมเพื่อการบริโภคเองในครัวเรือนมาสู่การกสิกรรมเพื่อการพาณิชย์และการจ้างแรงงาน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมอย่างมาก ทั้งในรูปแบบการดำเนินชีวิต ค่านิยม รวมถึงบรรทัดฐานในสังคม โครงสร้างทางเศรษฐกิจในรูปแบบใหม่ต่างจากแบบดั้งเดิม กล่าวคือเข้าสู่ระบบตลาด เกิดระบบการแลกเปลี่ยนสินค้าหรือความต้องการด้วยเงินตรา สินค้าทุกอย่างจำเป็นต้องใช้เงินซื้อหรือจ้างเกือบทั้งหมด อันเป็นการผลักดันชาวบ้านให้เข้าสู่กระแสวัฒนธรรมบริโภคนิยม เกิดความต้องการสินค้าอุปโภคบริโภค รวมถึงสินค้าฟุ่มเฟือยต่างๆ เช่นเดียวกับกระแสวัฒนธรรมหลักของสังคมเมือง

เมื่อมีความต้องการเงินมากขึ้นจึงทำให้ชาวบ้านต้องทำงานมากขึ้นเพื่อเร่งหารายได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของฐานะทางเศรษฐกิจขึ้น ซึ่งเป็นการนำไปสู่การแข่งขันและเปรียบเทียบโดยใช้ “วัตถุ” เป็นเครื่องชี้วัดฐานะ เช่น บ้านใหม่ รถยนต์ รถจักรยานยนต์ โทรศัพท์ และเครื่องอุปโภคบริโภคอื่นๆ จากการศึกษาของประสิทธิ์ ลิปิธิชา (2545) พบว่าการพึ่งพิงระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอย่างเต็มตัว ทำให้เกิดค่านิยมการแข่งขันกันทางด้านวัตถุมากขึ้น ซึ่งแม้จะพบว่าในบางพื้นที่ภาคเหนือของประเทศประสบผลสำเร็จในการลดพื้นที่ปลูกฝิ่นตามเป้าหมายของรัฐบาลไทยและต่างประเทศ แต่ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดกลับไม่ได้ลดน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากชาวเขาบางส่วนได้หันมาค้ายาเสพติดประเภท ยาบ้าและยาเสพติดแทน

ในอดีตชาวอาข่าบ้านปากกล้วยมีการดำรงชีวิตแบบชดเชยกับธรรมชาติ อาหารได้มาจากการเก็บของป่าหรือการทำเกษตรเพื่อการบริโภค ความมั่นคงทางด้านอาหารของชาวบ้านเกิดจากการมีพืชผักที่หลากหลายในชุมชน ดังนั้นชาวบ้านส่วนใหญ่จึงรับประทานอาหารจากแหล่งธรรมชาติที่มีลักษณะหายาบ เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำลายได้ดี แต่เมื่อชุมชนเปลี่ยนไปปลูกพืชเชิงพาณิชย์ จึงทำให้ความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่เพาะปลูกต่างๆ ลดลง อาหารจากแหล่งธรรมชาติมีจำนวนลดลงจนต้องพึ่งพาอาหารจากภายนอก อาหารส่วนใหญ่ได้มาจากตลาด ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และอิทธิพลจากวัฒนธรรมภายนอกทำให้อาหารถูกแปรรูปมากขึ้น เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ตลอดจนมีการบรรจุด้วยวัสดุและรูปแบบต่างๆที่ล่อตาล่อใจและอำนวยความสะดวกต่อการเข้าถึง ร่วมกับการโฆษณา

ผ่านช่องทางหรือสื่อต่างๆอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (วีณะ วีระไวทยะ และ สง่า ตามาพงษ์, 2541) ซึ่งอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่มักมีลักษณะอ่อนนุ่ม และเหนียวติดฟัน อาหารเหล่านี้จึงมักจะติดค้างอยู่ในช่องปากนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งจะทำให้ความเป็นกรดในช่องปากมากขึ้น

ระบบเศรษฐกิจแบบดั้งเดิมนั้นผู้หญิงอาช้จะมีบทบาทเป็นแรงงานสำคัญในภาคการเกษตรและการทำงานบ้าน เมื่อระบบเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง เกิดการพึ่งพาระบบตลาดมากขึ้น ครอบครัวจึงต้องการเพิ่มรายได้ ส่งผลให้ผู้ปกครองกลุ่มนี้ต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น การออกมาทำงานนอกบ้านของผู้หญิงส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว ซึ่งเดิมผู้หญิงมักถูกกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลด้านความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะการดูแลบุตรหลาน บทบาทเหล่านี้เมื่ออยู่ในสังคมเกษตรกรรมผู้หญิงสามารถรับผิดชอบได้โดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาใดๆ เพราะในสังคมเกษตรกรรมนั้นผู้หญิงสามารถทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัวและเลี้ยงดูบุตรเองได้ไปพร้อมๆกับการช่วยเหลือครอบครัวทางด้านแรงงาน แต่เมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนไป ทำให้บทบาทของผู้หญิงในวัยแรงงานเริ่มเปลี่ยนเป็นการรับจ้างในโรงงาน งานบริการ หรือในตลาดแรงงานอื่นๆที่ไม่สามารถนำบุตรไปเลี้ยงดูได้เองในขณะทำงาน หน้าที่การเลี้ยงดูบุตรจึงเริ่มเป็นปัญหาของครอบครัว (แคร์ ริกเตอร์ และ นภาพรณ ะหวานนท์, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราลักษณ์ เกื้ออนนาดีและสุปริดา อุดุลยานนท์ (2541) ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น พบว่านอกจากชาวบ้านทั้งชายและหญิงจะทำงานในภาคการเกษตรแล้วยังต้องไปทำงานรับจ้างแรงงานในเมืองทำให้มีเวลาในการดูแลลูกน้อยลง ปล่อยให้บุตรอยู่ในความดูแลของยายหรือญาติคนอื่นๆ การแปร่งฟันให้เด็กหรือการควบคุมขนมหวานจึงทำได้น้อย

“ไม่ค่อยได้แปร่งฟันให้ลูก เขาไม่ยอม เราก็ไม่ค่อยมีเวลา ตอนเช้าก็ต้องรีบทำงานบ้าน ตอนกลางคืนคิดว่าที่แม่จะทำงานเสร็จก็เด็กแล้ว เวลาอาบน้ำแม่จะแปร่งฟันให้ ลูกก็ไม่ยอม ร้องไห้ งอแง ก็เลยไม่ค่อยได้แปร่ง ไม่อยากอารมณ์เสียทั้งแม่ทั้งลูก”

5.2.3 การเข้ามามีส่วนร่วมแรงงานในเชิงเศรษฐกิจของผู้หญิง

รัฐบาลได้ใช้นโยบาย “รวมพวก” (integration policy) เพื่อแก้ปัญหาหาเสพติดและการตัดไม้ทำลายป่าของชนกลุ่มน้อย โดยการจัดการศึกษาทั้งระบบในและนอกโรงเรียนเพื่อปลูกจิตสำนึกความเป็นพลเมืองไทยให้เกิดความจงรักภักดีต่อประเทศ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้หญิงชาวอาช้มีโอกาสได้รับการศึกษามากขึ้น สามารถเข้าสู่ตลาดแรงงานได้มากขึ้น โดยเฉพาะตลาดแรงงานที่ต้องการความสามารถเฉพาะ เช่น งานฝีมือหรือแรงงานในวิชาชีพต่างๆ การจ้าง

งานให้โอกาสและทางเลือกแก่หญิงสาวชาวบ้านจำนวนมาก นอกจากนี้การศึกษาและการเพิ่มความสามารภในการใช้ภาษาไทยยังทำให้ผู้หญิงชาวอาข่ามีโอกาสได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เพิ่มขึ้น รวมถึงข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก โดยมารดาที่ทำงานนอกบ้านมักจะมีโอกาสเรียนรู้ ได้รับความรู้และข้อมูลใหม่ที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตร หรือนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพอนามัยของบุตร เช่น จากการรับฟังจากสื่อต่างๆ จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งทราบว่าหาแหล่งข้อมูลในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของบุตรได้จากที่ใด

การทำงานของผู้หญิงอาข่าส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มนี้ กล่าวคือ การทำงานของมารดาทำให้ครอบครัวมีรายได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เด็กมีสวัสดิภาพในชีวิตทั้งการกินดีอยู่ดีขึ้น แต่ในบางครั้งพบว่าไม่ใช่ตัวเงินเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หากยังขึ้นอยู่กับว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้นมีใครเป็นผู้จัดสรร การที่มารดาเป็นทำงานและหารายได้เข้าบ้าน ส่วนหนึ่งก็จะเป็นผู้ที่มีอำนาจจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ภายในบ้าน รวมทั้งมีอำนาจตัดสินใจภายในบ้านมากขึ้น แต่ในบางครั้งผู้หญิงที่มีรายได้จะมอบเงินไว้กับสามีหรือแม่สามี ทำให้อำนาจการตัดสินใจต่างๆ ของมารดาที่จะส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพของเด็กมีน้อย ในขณะที่ผลจากการทำงานนอกบ้านทำให้แม่ไม่มีเวลาอบรมดูแลลูกอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้อำนาจและบทบาทของพ่อแม่ที่มีต่อลูกลดลง

จากการศึกษาพบว่า เด็กอาข่าส่วนใหญ่ได้รับนมแม่จนกระทั่งอายุประมาณ 1-2 ปี อย่างไรก็ตามการที่แม่บางคนต้องออกไปทำงานบ้านจะทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับนมแม่ในระยะเวลาที่น้อยลง หรือเด็กบางคนได้รับนมแม่เฉพาะเวลากลางคืน เนื่องจากเวลากลางวันแม่ต้องไปทำงานรับจ้างที่ไม่สามารถนำลูกไปด้วย แม่จึงพยายามชดเชยให้ลูกกินนมแม่มากขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ในเวลากลางคืน และบางครั้งก็ได้ปรับเปลี่ยนมาเลี้ยงลูกด้วยนมผงแทน โดย ผู้ปกครองที่ทำงานนอกบ้านบางคนอาจได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ หลายด้าน จนมีทัศนคติว่าการเลี้ยงดูลูกด้วยนมมารดาเป็นความไม่ทันสมัย จึงมีความพยายามที่จะทดแทนด้วยอาหารเหลวประเภทอื่นๆ ซึ่งแม้ว่านมจะมีองค์ประกอบในการป้องกันฟันผุ แต่นมโคและนมมารดาก็สามารถทำให้เกิดฟันผุได้ หากวิธีการให้นมไม่ถูกวิธี เช่น การให้หลับคาขวดนม การให้เด็กดูดนมมารดาบ่อยเท่าที่เด็กต้องการ หรือการเติมน้ำตาลในนมล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดฟันผุได้ (Tinanoff และ O'Sullivan 1997)

“ลูกอายุ 3 ปี แต่ยังกินนมแม่อยู่ ตอนกลางวันแม่ไปทำงานจึงไม่ได้ให้ลูกกิน เขากินข้าวได้แล้ว ให้กินเฉพาะตอนกลางคืน กินบ่อยมาก คินละหลายๆ ครั้ง”

แม้ว่าสังคมอาช้ายังคงเป็นครอบครัวขยาย บทบาทอำนาจของครอบครัวยังคงอยู่ที่ผู้สูงอายุในครอบครัว เด็กส่วนใหญ่จะได้รับการเลี้ยงดูจากแม่และย่าเป็นหลัก อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีแนวโน้มของครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากความจำกัดทางเศรษฐกิจและความต้องการเป็นอิสระ ทำให้ครอบครัวมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่และลูก บทบาทของครอบครัวในการทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูสมาชิกจึงเปลี่ยนไป สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์ (2533) ที่แสดงว่าสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นทำให้หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูลูกโดยเฉพาะครัวเรือนที่มีรายได้ระดับปานกลางขึ้นไปจะกลายเป็นหน้าที่ของสถานเลี้ยงดูเด็กโรงเรียนและสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ส่วนครอบครัวที่ยากจนพ่อแม่จะไม่มีเวลาดูแลลูก เมื่อโตพอช่วยเหลือตัวเองได้ในช่วงอายุ 1-3 ปี เด็กมักจะถูกพ่อแม่ปล่อยให้ช่วยเหลือตนเอง โดยเด็กมีเวลาอยู่กับสื่อมากกว่าเวลาที่อยู่กับพ่อแม่

ในปัจจุบันโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีอิทธิพลเข้าถึงกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก โทรทัศน์เข้ามามีบทบาทในการสร้างความคิด ค่านิยมและความประพฤติ ทั้งนี้เนื่องจากโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีทั้งรูปภาพและเสียงที่ดึงดูดความสนใจเด็กวัยนี้ได้เป็นอย่างดี (กาญจนา แก้วเทพ 2539) เด็กจึงได้รับอิทธิพลจากภาพโฆษณาจากสื่อต่างๆ เกิดจินตนาการ สร้างความต้องการและอยากทดลองในสิ่งเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข (2541) ในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี พบว่า การโฆษณาและประชาสัมพันธ์ชนมอย่างมีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับรูปแบบของอาหารได้เปลี่ยนไปตามยุคสมัยอย่างรวดเร็ว เช่น มีรูปแบบหลากหลาย มีสีสันมากมาย ราคาไม่แพงจนเกินไป และบรรจุสำเร็จรูปสามารถเก็บไว้ได้นาน ทำให้สินค้าเหล่านี้มีการแพร่กระจายหลังไหลเข้าถึงในทุกๆ ชุมชน อาหารสำเร็จรูปเหล่านี้มีลักษณะที่ละเอียดอ่อนนุ่ม มีส่วนประกอบส่วนใหญ่คือแป้งกับน้ำตาล จึงทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้นจากการบริโภคอาหารเหล่านี้

5.2.4. การเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์และยุคเทคโนโลยีสื่อสาร

เมื่อรัฐได้จัดโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาต่างๆ เช่น การขยายการพัฒนาด้านสาธารณูปโภค การคมนาคมเพื่อให้เกิดความสะดวกในการติดต่อสื่อสารกับคนในหมู่บ้านมากขึ้น ทำให้เกิดความเชื่อมโยงชาวบ้านกับบุคคลต่างๆ การสื่อสารที่ไร้พรมแดนมีอิทธิพลทำให้คนในวัฒนธรรมต่างๆ ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดไปสู่กันได้ง่ายดายโดยผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ข่าวสารต่างๆ สามารถถ่ายทอดและส่งถึงกันได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้บทบาทของสื่อที่ผ่านมาจากวิทยุ โทรทัศน์ วีดิทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่อสิ่งพิมพ์ สามารถเข้าถึงชาวอาช้านปากกล้วยทำให้สื่อทั้งหลายเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันของบุคคล สื่อ

ที่มีอิทธิพลสามารถเข้าถึงชาวบ้านในหมู่บ้านได้ง่ายที่สุดคือ สื่อโทรทัศน์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่มีโทรทัศน์เกือบทุกหลังคาเรือน ส่วนสื่อสิ่งพิมพ์เป็นสื่อที่เข้าถึงชุมชนนี้น้อย ทั้งนี้เนื่องจากชาวบ้านมีความสามารถในการอ่านหนังสือภาษาไทยยังไม่แตกฉานมากนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นผู้หญิงซึ่งมักจะไม่ได้รับการศึกษา

สื่อมวลชนเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในหมู่บ้าน การสื่อสารในระบบสากลทำให้ข้อมูลแพร่กระจายทั่วถึงชาวบ้าน ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ ซึ่งเป็นการเปิดโลกทัศน์ในการดำเนินชีวิตรูปแบบใหม่ๆ ให้ชาวบ้าน โทรทัศน์กลายเป็นสื่อความบันเทิงหลักของชาวบ้าน และเปิดโอกาสให้ชาวบ้านที่สนใจได้สัมผัสรับรู้ และมีส่วนร่วมไปกับเหตุการณ์และเรื่องราวที่เกิดขึ้นในโลกภายนอก โทรทัศน์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการนำภาพและเรื่องราวเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลง การพัฒนาและความทันสมัยมาสู่หมู่บ้าน ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสาร และสภาพความเป็นอยู่ รวมทั้งการสร้างภาพความหรูหรา สะดวกสบาย ความเป็นอยู่แบบคนพื้นราบ สร้างความต้องการ อันนำไปสู่การหารายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นส่วนผลักดันให้ชาวบ้านบางส่วนเดินทางออกไปทำงานนอกพื้นที่มากขึ้น ครอบครัวเริ่มแตกสลายเมื่อพ่อหรือแม่ที่อยู่ในวัยแรงงานอพยพไปขายแรงงานนอกพื้นที่ จากเดิมที่ครอบครัวทำหน้าที่เป็นหน่วยผลิตและบริโภคก็กลับแปรสภาพเป็นหน่วยบริโภคเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้การทำงานนอกพื้นที่ยังทำให้การแต่งงานเฉพาะภายในชุมชนได้เปลี่ยนไป โดยมีการแต่งงานระหว่างคนต่างชุมชนมากขึ้น

โทรทัศน์เป็นสิ่งจำเป็นและมีประโยชน์ต่อชาวบ้านอีกก็กล่าวคล้ายอย่างมาก มีปัจจัยหลายอย่างที่เอื้อต่อความนิยมชมชอบโทรทัศน์ในชุมชน เช่น การขยายไฟฟ้าเข้าในหมู่บ้าน การขยายพื้นที่รับสัญญาณของสถานีโทรทัศน์ การปรับปรุงระบบการรับสัญญาณให้ดีขึ้น การขยายเวลาออกอากาศ การปรับปรุงคุณภาพรายการ และการเพิ่มความหลากหลายในรายการ เช่น ละคร เกมโชว์ และเพลง เพื่อเพิ่มความสนใจ โดยโทรทัศน์เป็นสื่อที่ให้ทั้งความบันเทิงและสาระความรู้ต่างๆ ได้ตลอดเวลา ทำหน้าที่ในการส่งสาร สื่อความรู้ไปยังผู้รับได้จำนวนมากๆ พร้อมกันในเวลาอันรวดเร็ว เป็นที่นิยมของชาวบ้านทุกกลุ่มอายุไม่ว่าเด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ

สำหรับสื่อโทรทัศน์นั้น อาจจะมีมองเป็นเพียงสื่อข่าวสาร ความบันเทิง เวทีทัศนะ และความรู้สึกที่สำคัญ แต่ในชีวิตประจำวันของชาวบ้านกล่าวว่าคุณจะมีความหมายมากกว่านั้น เช่น การนอนหลับพักผ่อนหน้าโทรทัศน์ในตอนบ่าย การเปิดโทรทัศน์ดูตอนเย็นและนั่งคุยพักผ่อนกันไปหลังทานข้าว การไปนั่งบ้านเพื่อนคุยกันและดูรายการต่างๆ ไปด้วย การเด็กๆ แห่กันมาดูโทรทัศน์ที่บ้านเพื่อนในเวลาหลังเลิกเรียนหรือเสาร์อาทิตย์ เป็นต้น โทรทัศน์กลายเป็นสื่อกลางความสัมพันธ์ เป็นเวทีเชื่อมโยงเรื่องราวความนึกคิด เหตุการณ์และกิจกรรมที่หลากหลายและเป็นสื่อสำคัญในชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน โทรทัศน์จึงมีบทบาทและความหมายมากมาย ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่เราจะสรุปว่า การดูโทรทัศน์เป็นเพียงการบริโภคภาพและข่าวสารเพียงอย่างเดียว

เด็กก่อนวัยเรียนในหมู่บ้านอีกก็ปากกล้วยนิยมบริโภคขนมหวาน ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ผ่านจากสื่อโฆษณาโทรทัศน์ ผลการศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กกลุ่มอายุ 10-12 ปีที่ทางชมรมทันตสาธารณสุขภูธร (2535) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของการโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ที่มีต่อการบริโภคขนมของเด็ก ในเขตเทศบาลของจังหวัดปทุมธานี สมุทรปราการ นนทบุรี โดยสุ่มประชากรเด็กจำนวน 900 คน พบว่า จากจำนวนขนมที่มีการโฆษณาในโทรทัศน์ 39 ชนิด เป็นขนมที่เด็กรู้จักจากโทรทัศน์เฉลี่ย 36 ชนิด รู้จักจากโทรทัศน์และเคยบริโภคด้วยเฉลี่ย 30 ชนิด โดยสาเหตุที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างซื้อขนมมาบริโภค เพราะความอร่อยมีประมาณร้อยละ 67 ความหิวกระหายประมาณร้อยละ 36 และจากการเห็นโฆษณาประมาณร้อยละ 31 เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกของเด็กเมื่อเห็นโฆษณาพบว่าเด็กประมาณร้อยละ 59 จะรู้สึกอยากกินขนม และประมาณ ร้อยละ 36 จะรู้สึกเฉยๆ

ในปัจจุบันบริษัทที่จำหน่ายเครื่องอุปโภคบริโภคสำหรับเด็กส่วนใหญ่ยอมทุ่มเทงบประมาณอย่างมหาศาลเพื่อการโฆษณา โดยการใช้สื่อโทรทัศน์และสร้างภาพความรู้สึกประทับใจให้แก่เด็ก โดยเลือกใช้ดารานักแสดงรุ่นราวคราวเดียวกับผู้ชมเป็นตัวแสดงโฆษณา มีรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กจำนวนมากที่เป็นเครื่องมือโฆษณาสินค้าประเภทอาหารที่ไม่มีประโยชน์ในด้านโภชนาการต่างๆ เช่น อาหารประเภทที่ประกอบด้วยน้ำตาล ไขมัน หรืออาหารที่มีโซเดียมที่สูง เป็นต้น ผลสำเร็จจากการโฆษณาทำให้ขนมประเภทขบเคี้ยวและลูกอมเป็นขนมที่มียอดจำหน่ายสูง (อบเชย วงศ์ทอง, 2541)

สำหรับชาวอำเภอบ้านปากกล้วยนั้น สื่อโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงผู้ปกครองกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากเวลาในการถ่ายทอดของสื่อไม่สอดคล้องกับเวลาที่ผู้ปกครองมีเวลาว่าง ผู้วิจัยพบว่าแม่บ้านส่วนใหญ่จะดูรายการละครหลังข่าวซึ่งมักจะได้รับสื่อโฆษณาสินค้ามากกว่ารายการความรู้ทางด้านสุขภาพ ส่วนรายการที่เด็กชอบดูเป็นรายการการ์ตูน และละครพื้นบ้านในช่วงเวลาเย็น ซึ่งมีการออกอากาศรายการโฆษณาเกี่ยวกับขนมคั้นรายการด้วยความถี่หลายครั้ง อีกทั้งอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นโฆษณานขนมจึงมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของเด็กอย่างมาก ทำให้เด็กได้เห็นภาพได้ยินเสียง เด็กจึงได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้สนใจอยากทดลอง และเลียนแบบ ส่วนผลิตภัณฑ์ของขนมหรืออาหารบางชนิดที่เด็กในหมู่บ้านนิยมบริโภคนั้น แม้ว่าอาจไม่เห็นในโทรทัศน์ แต่ก็มักมีรูปแบบสีฉูดฉาดคล้ายคลึงกัน มีราคาถูก จึงสามารถเป็นที่นิยมของเด็กๆได้

“วันก่อนแม่ดูโทรทัศน์ เห็นโฆษณาวามีนมยี่ห้อหนึ่ง มีวิตามินมาก เราก็จะไปซื้อให้ลูกอยากให้เขาตัวโตแข็งแรง ไปถามที่บักซี แต่เขายังไม่มี เลยยังไม่ได้ซื้อมา”

ข่าวสารข้อมูลจากโทรทัศน์มีบทบาทเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพในทุกระดับและทุกขั้นตอน มีบทบาทหลายรูปแบบ โดยรายการโทรทัศน์จะมีทั้งรูปแบบรายการที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและรูปแบบโฆษณา ทั้งด้านบวกและลบต่อสุขภาพ จากการศึกษาของนิภาพรรณ สุขศิริ (2540) ได้แบ่งรายการสุขภาพในโทรทัศน์ออกเป็น 6 ประเภท พบว่ารายการที่มีมาก ได้แก่ รายการที่เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและอาหาร ประเภทรายการที่มีปานกลาง คือ ประเภทแม่และเด็ก ส่วนรายการที่มีปริมาณน้อย ได้แก่ เอดส์ สุขภาพฟัน และสุขภาพตา อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจำนวนและปริมาณของรูปแบบความรู้จะมีมากกว่าโฆษณา แต่หากคำนึงถึงข้อเท็จจริงเรื่องความถี่ในการแพร่ภาพแล้ว พบว่ารายการความรู้จะนำเสนอเพียงครั้งเดียวในขณะที่รายการโฆษณาจะยิงความถี่ซ้ำๆหลายต่อหลายครั้ง ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงโอกาสในการเข้าถึง การเปิดรับ และความต่อเนื่อง ตลอดจนผลกระทบ การจดจำได้ของกลุ่มผู้รับสาร รูปแบบโฆษณาย่อมมีอิทธิพลมากกว่ารูปแบบความรู้

นอกจากนี้การศึกษาของนิภาพรรณ สุขศิริยังพบว่ามีความแตกต่างระหว่างชนชั้นในการรับสื่อเกี่ยวกับสุขภาพ กล่าวคือ ชนชั้นล่างและชนชั้นกลางจะเปิดรับความรู้จากสื่อโทรทัศน์เป็นอันดับแรก ในขณะที่ชนชั้นนำจะเปิดรับความรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อบุคคล เช่น แพทย์พยาบาลมากกว่าโทรทัศน์ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจว่าชนชั้นล่างหรือคนจนจะให้ความสำคัญกับสื่อที่เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของร่างกาย ส่วนรายการ 3 รายการ คือ รายการแม่และเด็ก รายการเกี่ยวกับสุขภาพตา และสุขภาพฟันนั้นกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความสำคัญ ซึ่งมีการตีความว่าการเลี้ยงดูของคนชนชั้นล่างหรือคนจนเป็นไปตามธรรมชาติไม่ต้องใช้สินค้ามากมาย ส่วนสุขภาพตาและฟันนั้นกลุ่มตัวอย่างไม่เกิดการรับรู้ (Threshold) ว่าเป็นการเกิดโรคแต่อย่างใด

5.2.5 ระบบบริการสาธารณสุข

ในอดีตหมู่บ้านอีก้อปากล้วยอยู่ห่างไกลจากความเจริญในด้านต่างๆ การเดินทางเข้าออกหมู่บ้านเป็นไปด้วยความยากลำบาก การบริการของรัฐยังไม่ถึง ความเป็นอยู่ของชุมชนเป็นไปในลักษณะของการพึ่งพาตนเอง ญาติพี่น้องมักปลูกบ้านอยู่ในละแวกเดียวกัน การดูแล สุขภาพเป็นการดูแลด้วยตนเองในระบบครอบครัว โดยสืบทอดจากบรรพบุรุษ สืบทอดถึงญาติ พี่น้องที่ตั้งบ้านเรือนใกล้เคียงกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อมีความเจ็บป่วย มีการแลกเปลี่ยนโดยขยายวงกว้างจากภายในครอบครัวไปสู่ต่างครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา คำดี (2537) ที่พบว่าความเชื่อของแม่ที่อาศัยอยู่ในชนบทเขตภาคเหนือได้รับอิทธิพลมาจากคนในสังคมซึ่งมีการสืบทอดและปฏิบัติตามความเชื่อนั้นในระบบแพทย์พื้นบ้านและการดูแลตนเองแบบพื้นบ้าน

ในปัจจุบันรัฐได้จัดโครงสร้างพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขให้กับชาวบ้าน โดยการจัดสร้างสถานบริการสาธารณสุขขึ้นในบริเวณใกล้หมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

เป็นการพัฒนาให้ชาวไทยภูเขาที่มีความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานใกล้เคียงกับคนพื้นราบ ทำให้ชาวบ้านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการและมีทางเลือกในการรักษามากขึ้น โดยมีการศึกษาที่พบว่า หากบุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข จะทำให้มีการใช้บริการมากขึ้น (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2542) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แม้ในปัจจุบันชาวบ้านส่วนใหญ่ไปรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น เช่น อากาไรใช้ ฝากครรภ์ ฉีดวัคซีน การถอนฟัน เป็นต้น ซึ่งแม้ชุมชนอาข่าบ้านปากกล้วยจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายขึ้น จากการมีสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้านและมีจำนวนทันตบุคลากรที่มากขึ้น อีกทั้งมีการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ และการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้มารับบริการทางทันตกรรมค่อนข้างต่ำ โดยมีเด็กเพียง 15 คนที่เคยมารับบริการอุดฟันและมีเด็กจำนวน 4 คนที่เคยมารับบริการถอนฟัน ทั้งๆที่สภาวะโรคฟันผุของเด็กกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าลูกได้รับการรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากส่วนใหญ่โรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการพาเด็กเข้ารับบริการทางทันตกรรม

ดังนั้นการที่รัฐพยายามให้เด็กกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงแหล่งบริการเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ismail และ Sohn (2001) ที่ทำการศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่า แม้รัฐบาลจะได้พยายามแก้ไขปัญหการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในเด็กโดยมีหลักประกันสุขภาพให้เด็กทุกคนสามารถได้รับการดูแลสุขภาพฟันฟรีทุกคน แต่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำยังคงมีสภาวะฟันผุสูงกว่าและมารับบริการทางทันตกรรมน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการทางทันตกรรม เช่น เศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย เวลา ทักษะติดต่อการบริการ เป็นต้น (Smith และ Sheiham 1980; Schuurs 1990) ดังนั้นในการที่ดำเนินการโครงการต่างๆควรจะต้องศึกษาชุมชนในแต่ละแห่ง และให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านอื่นๆด้วย สำหรับในชุมชนบ้านปากกล้วยนั้น การที่ผู้ปกครองกลุ่มนี้ไม่ให้ความสำคัญต่อฟันน้ำนม เชื่อว่าการเกิดฟันผุคือเรื่องธรรมชาติของเด็ก เมื่อประกอบกับการที่ต้องเร่งหารายได้ และต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ชาวบ้านต้องไปทำงานรับจ้างจึงไม่สะดวกที่จะหยุดงานเพื่อพาลูกมารับบริการ ดังที่ผู้ปกครองบางคนกล่าวว่า

*“ไม่ได้พาไปหาหมอ ต้องไปทำงาน วันเสาร์อาทิตย์วันหยุด
เลยไม่ได้พาไป คิดว่าจะรอให้ครูพาไป”*

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข ลากยั้ง (2542) ที่พบว่า ในครอบครัวยากจน ซึ่งส่วนใหญ่คือกลุ่มผู้ใช้แรงงาน หรือมีอาชีพรับจ้างไม่แน่นอน ได้รับ

ค่าตอบแทนต่ำ เมื่อต้องการเพิ่มรายได้จึงต้องทำงานมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพฟันของตนเองและคนในครอบครัว และในสภาพที่เป็นลูกจ้างหรือทำงานรับจ้างรายวันจึงไม่สะดวกที่จะหยุดงานหรืออาจเพราะความยากจนจึงไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น การตรวจฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ที่เป็นงานนามธรรมไม่ค่อยเห็นผลของการรักษา ดังนั้นจึงมักปล่อยให้โรคลุกลามถึงที่สุดแล้วจึงจะมารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือการถอนฟัน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมจึงควรคำนึงถึงความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพ ชาวบ้านควรสามารถเข้าถึงบริการได้หรือมีโอกาสใช้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึงทั้งที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในส่วนของบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้มาตรฐานและระบบการดูแลตนเองแบบพื้นบ้าน การดูแลตนเองในครอบครัวและชุมชน

5.2.6 กระบวนการขัดเกลาทางสังคม

ในอดีตชาวอาข่ามักนิยมตั้งบ้านเรือนบนภูเขาสูง ภูมิประเทศมีเมฆปกคลุมอากาศหนาวชื้นตลอดทั้งปี ชาวอาข่าจึงไม่ชอบอาบน้ำ หากเนื้อตัวสกปรกและเหนียวเหนอะหนะจนทนไม่ไหวจึงจะอาบน้ำ ดังนั้นจึงเกิดโรคผิวหนังได้ง่าย การทำความสะอาดในช่องปากก็เช่นกัน ชาวบ้านมักทำความสะอาดในช่องปากด้วยการบ้วนปากด้วยน้ำ หรือการใช้นิ้วมือถูฟัน การดูแลอนามัยในช่องปากของชาวอาข่าเป็นเพียงการกำจัดเศษอาหาร ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการขจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตและแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคแบบดั้งเดิม แต่เมื่อรูปแบบอาหารเปลี่ยนเป็นอาหารสมัยใหม่ที่อ่อนนุ่มและเหนียวติดฟัน เช่น แป้งและน้ำตาล อาหารสมัยใหม่เหล่านี้ได้แพร่ไปอย่างรวดเร็วพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงบริบทของหมู่บ้าน ดังนั้นการดูแลอนามัยแบบดั้งเดิมจึงไม่เพียงพอที่จะกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่ติดค้างอยู่บนตัวฟัน อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงบริบทของชุมชนในช่วงประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ทำให้ชาวบ้านรับรู้วิธีการดูแลอนามัยช่องปากของตนเองด้วยการแปรงฟันด้วยแปรงและยาสีฟัน และนำไปสู่การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีที่มาจากหลากหลายกระบวนการ โดยการเรียนรู้ผ่านการศึกษาระบบโรงเรียนเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้ผ่านบุคลากรสาธารณสุข ญาติมิตร เพื่อนบ้าน ทั้งจากประสบการณ์ทางตรงด้วยตนเอง หรือทางอ้อมจากสมาชิกในครอบครัว และสื่อต่างๆ

การที่ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลอนามัยในช่องปากและวิธีการป้องกันจะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุ ด้วยแนวความคิดที่ว่าคนที่บุคคลมีความรู้จะทำให้เกิดพฤติกรรมและมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Febres และคณะ (1997) ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนเชื้อสายอเมริกาใต้ (Hispanic) กลุ่มหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้กว่าร้อยละ 50 ไม่มีความรู้ในการดูแลอนามัยในช่องปากและวิธีการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดฟันผุที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ

พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดีและสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2543) ในหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่ากลุ่มแม่ของเด็กก่อนวัยเรียนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะสอนให้ลูกแปรงฟันเองเมื่อเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากไม่เคยทราบว่าต้องทำความสะอาดในช่องปากของลูกขณะเด็กอายุยังน้อย

หากพิจารณาอย่างลึกซึ้งแล้ว การที่ครอบครัวจะปรับตัวและมีแบบแผนการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการปรับตัวที่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทางสังคม ที่เรียกว่าการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) (สุพัตรา สุภาพ, 2535) ซึ่งเป็นกระบวนการทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อที่จะทำให้บุคคลเกิดปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อพัฒนาไปสู่สุขภาพที่ดี ซึ่งการขัดเกลาทางสังคมในที่นี้ได้ครอบคลุมถึงการถ่ายทอดแนวความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีการถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง โดยมีวิธีการที่แตกต่างกันไป กระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอด การปรับตัวของชาวบ้านที่มีอยู่ในชุมชนจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ทุกหนทุกแห่งทั้งภายในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน (จุมพล พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2541)

การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในชุมชนบ้านอีโก้ปากด้วยส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการถ่ายทอดผ่านระบบครอบครัว สืบทอดจากบรรพบุรุษ ญาติพี่น้องที่ตั้งบ้านเรือนใกล้เคียงกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อมีความเจ็บป่วย มีการแลกเปลี่ยนโดยขยายวงกว้างจากภายในครอบครัวไปสู่ต่างครอบครัว อย่างไรก็ตามการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากผ่านกระบวนการของครอบครัวชาวอาข่ายังไม่มีขอบเขตที่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากในอดีตชาวอาข่ามีการดูแลสุขภาพช่องปากแบบดั้งเดิมสอดคล้องกับการรับประทานอาหารจากท้องถิ่น เช่น ผัก ผลไม้ ผู้สูงอายุหรือผู้ปกครองกลุ่มนี้จึงยังคงมีการดูแลสุขภาพช่องปากแบบดั้งเดิม ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับลักษณะโภชนาการในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปและมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุที่สูงขึ้นอย่างมาก

สำหรับการขัดเกลาทางสังคมผ่านทางการศึกษาในโรงเรียนมีความสำคัญเนื่องจากในปัจจุบันเมื่อถึงวัยเรียนครอบครัวชาวอาข่าจะส่งบุตรหลานของตนเข้ารับการศึกษที่โรงเรียน โรงเรียนจึงเปรียบเสมือนบ้านหลังที่สองของเด็กในการรับความรู้ความคิดต่างๆ การถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนเป็นการจัดกระบวนการเรียนการสอนตามหลักสูตรสามัญของกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นการถ่ายทอดความรู้โดยตรงจากครูถึงนักเรียน โดยมีหลักสูตรเป็นตัวกำหนด โรงเรียนจึงเป็นแหล่งความรู้ของชุมชน โดยเด็กนักเรียนเป็นสื่อนำข่าวสารจากโรงเรียนส่งต่อไปถึงครอบครัวและชุมชน โรงเรียนจึงถือเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างมาก เกิดผสมผสานแลกเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ซึ่ง

กันและกัน จากการศึกษาที่ผู้ปกครองนำองค์ความรู้แบบดั้งเดิมถ่ายทอดให้ลูก ขณะเดียวกันลูกก็จะนำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนการสอนในโรงเรียนบอกเล่าสู่ผู้ปกครอง

“เมื่อก่อนก็ไม่เคยแปรงฟัน เริ่มมาแปรงฟันตอนที่ลูกๆเขาไป
โรงเรียน เขากลับมาบอกว่า แม่ต้องแปรงฟันนะ ฟันจะได้สะอาด
ก็เลยเริ่มแปรงฟันตั้งแต่นั้นมา” มารดาวัย 39 ปีกล่าว

กระบวนการทางการแพทย์ในการดูแลอนามัยทางช่องปาก ได้ผ่านระบบโรงเรียน โดยการแทรกเนื้อหาให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพปากและฟันเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน รวมไปถึงการอบรมผู้นำนักเรียนในงานอนามัยโรงเรียน งานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การแจกแปรงสีฟัน ตรวจและรักษาโรคในช่องปาก ซึ่งการที่รัฐเข้ามา มีบทบาทมากขึ้น ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มนักเรียนมีเป้าหมาย ทิศทางและกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมที่ทางโรงเรียนดำเนินการยังไม่มี การประสานความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชนที่ดีพอ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ปกครองบางคนจึงผลักดันการดูแลสุขภาพช่องปากและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้อยู่ในความรับผิดชอบของโรงเรียนทั้งหมด ทำให้เด็กขาดการปลูกฝังความรับผิดชอบและการส่งเสริม ตลอดจนการกวดขันเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในช่วงเวลาที่อยู่บ้าน อันจะมีผลทำให้เด็กไม่เกิดสุขนิสัยที่แท้จริง เพราะการเรียนรู้และการปฏิบัติความต่อเนื่องระหว่างการเรียน และการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน เมื่อประกอบกับการไม่สามารถผสมผสานกิจกรรมต่างๆกับงานสาธารณสุขอื่นที่อยู่ในพื้นที่ จึงเป็นการเพิ่มภาระให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และครูในโรงเรียน เป็นต้น จึงทำให้งานด้านนี้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (สุภร ฉัตรไชยฤกษ์, 2543)

อย่างไรก็ตามการมีความรู้หรือการตระหนักในการดูแลอนามัยในช่องปากเพียงอย่างเดียวนั้นไม่อาจทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้เสมอไป พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากให้เด็กโดยผู้ปกครองต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะในการแปรงฟัน และปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆ จากการศึกษาในหลายๆการศึกษา (O'Sullivan และ Tinanoff 1993; Reisine และ Litt 1993; Tinanoff และคณะ, 1999) พบว่า แม้ผู้ดูแลเด็กจะมีความรู้ในเรื่องการดูแลอนามัยในช่องปาก เช่น การแปรงฟันถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การบริโภคน้ำตาล และการเลี่ยนนมที่ผิดวิธีจะทำให้เกิดฟันผุได้ แต่เด็กกลุ่มตัวอย่างนี้ก็ยังมีฟันผุสูง ดังนั้นการมีความรู้อย่างเดียวจึงไม่เพียงพอในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป จะต้องมีการมีปัจจัยหรือเงื่อนไขในบริบททางสังคมอื่นๆอีกที่มีอิทธิพลต่อผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก

การดูแลอนามัยในช่องปากให้เด็กยิ่งขึ้นกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและเวลาของผู้ปกครอง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของพัชราลักษณ์ เกื่อนนาดี และ สุปริดา อุดุลยานนท์ (2541) ในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชนบทใกล้เคียงเมืองใหญ่ ที่พบว่ากลุ่มผู้ใช้แรงงานในครอบครัวที่ยากจนนั้น นอกจากชาวบ้านทั้งชายและหญิงจะทำงานในภาคเกษตรแล้ว ยังต้องไปรับจ้างแรงงานในเมืองทำให้มีเวลาให้ลูกน้อยลง ชาวบ้านส่วนหนึ่งต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่น ปล่อยให้บุตรอยู่ในความดูแลของย่า ยาย หรือญาติคนอื่น ๆ ทำให้การแปรงฟันให้เด็กหรือการควบคุมขนมหวานทำได้น้อย

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียนยังแตกต่างจากคำแนะนำจากทางแพทย์ ทั้งในเรื่องความถี่ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการแปรงฟัน รวมทั้งผู้ทำหน้าที่ในการแปรงฟัน โดยพบว่า ส่วนใหญ่เด็กมักจะแปรงฟันด้วยตนเองโดยที่ผู้ปกครองไม่ได้ควบคุม แปรงฟันวันละ 1 ครั้งตอนเช้า และใช้เวลาในการแปรงฟันค่อนข้างสั้นเพียง 30 วินาทีถึง 1 นาที ซึ่งพฤติกรรมส่วนนี้คล้ายคลึงกับพฤติกรรมการแปรงฟันของชนบทไทยอื่นๆ (สุนิศา วัฒนเกษร และ สุณี ผลดีเยี่ยม, 2536; ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข, 2541; พัทธลักษณ์ เกื่อนนาดี และ สุปริดา อุดุลยานนท์, 2541) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครองกลุ่มนี้เพื่อให้เป็นไปในรูปแบบอุดมคติทั้งหมดทุกด้านน่าจะเป็นไปได้ยาก จึงควรพิจารณารูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริง และความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของชาวบ้านด้วย ทั้งนี้อาจพิจารณาให้ความสำคัญสนับสนุนอย่างจริงจังกับการเรียนรู้ผ่านระบบการศึกษาทั้งระบบโรงเรียนและกลุ่มผู้ปกครองของเด็ก โดยมีการประสานที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชน

ภายใต้ปัจจัยระดับชุมชนจะเห็นได้ว่า สมาชิกในชุมชนผ่านประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็วตลอดเวลาในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กก่อนวัยเรียน จนอาจกล่าวได้ว่าเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้กำลังประสบกับปัญหาโรคฟันผุที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในขณะที่ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับโรคฟันผุ การให้คุณค่าของฟันน้ำนม พฤติกรรมดูแลอนามัยในช่องปาก และพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคฟันผุของครอบครัวและชุมชนยังไม่พัฒนาได้ทันความเปลี่ยนแปลงหรืออาจกล่าวได้ว่ายังคงรูปแบบเดิมเหมือนในอดีตที่ผ่านมา

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มนี้ มีทั้งพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ อันเป็นเชื่อมโยงจากบริบททางสังคมวัฒนธรรม หากต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ จำเป็นต้องคำนึงถึงว่าเป็นสิ่งที่ชาวบ้านหรือในชุมชนนั้นยึดถือกันมาเป็นเวลาช้านานหรือไม่ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงหรือปรับพฤติกรรมควรกระทำในลักษณะที่สอดคล้อง

และเป็นไปได้ง่ายกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ควรหลีกเลี่ยงการห้ามโดยไร้เหตุผล แต่ควรใช้สิ่งทดแทนที่ชาวบ้านเคยปฏิบัติซึ่งน่าจะเป็นสิ่งที่ชาวบ้านยอมรับได้ในที่สุด

โครงสร้างระดับครอบครัว

สถาบันที่มีส่วนพัฒนาเด็กในวัยนี้ที่สำคัญและใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดคือ สถาบันครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ ญาติ และบุคคลอื่นที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน บุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างมาก เนื่องจากเป็นผู้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานและให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดมาตั้งแต่แรกเกิด ดูแลเอาใจใส่ อบรมเด็กให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยมและแบบแผนความประพฤติ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมเศรษฐกิจในระดับชุมชนที่ได้กล่าวมาข้างต้นมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของชุมชนนี้เป็นอย่างยิ่ง โดยพบว่าเงื่อนไขต่างๆเหล่านี้ต่างมีผลเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากพหุปัจจัย การจะแยกปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาคงเป็นไปได้ ตัวอย่างกรณีศึกษาบางกรณีได้แสดงให้เห็นถึงข้อเท็จจริงนี้ เช่น การมีลักษณะของครอบครัวเดี่ยว/ขยายเหมือนกัน การเป็นพี่น้องในครอบครัวเดียวกัน การมีฐานะทางเศรษฐกิจดีคล้ายๆกัน หรือการที่ผู้ปกครองมีลักษณะอาชีพที่คล้ายกัน ปัจจัยใดเพียงปัจจัยเดียวอาจไม่มีอิทธิพลทำให้เด็กกลุ่มนี้มีสภาวะฟันผุคล้ายคลึงกัน ในทางตรงกันข้ามเด็กอาจมีสภาวะของโรคฟันผุที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละครอบครัวยังคงมีลักษณะเคลื่อนไหว มีการตอบโต้ มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวอยู่ตลอดเวลา หากครอบครัวใดมีศักยภาพในการปรับตัวอย่างมีคุณภาพ มีความสามารถและมีโอกาสที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธวัฒนธรรมใหม่ ครอบครัวนั้นก็จะมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ หากกระแสซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นรุนแรงและมีอำนาจมาก จนเป็นเหตุให้ค่านิยมเดิมไม่อาจคงอยู่ได้ ระบบวัฒนธรรมเดิมย่อมสูญเสียความคิด ความเชื่อ ทักษะคติ และแบบแผนพฤติกรรมจึงเปลี่ยนไป โดยจะกล่าวตามประเด็นดังต่อไปนี้พร้อมทั้งยกตัวอย่างในกรณีศึกษาทั้ง 7 กรณี

สถาบันนวัตพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2: แสดงลักษณะของครอบครัวกรณีศึกษา

ชื่อ	อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย dmft ¹ (ซี่/คน)	รูปแบบการบูรณะ	ลักษณะครอบครัว	รายได้ ³ บาท/คนปี	อาชีพ		สมาชิกในครอบครัว	ผู้ดูแลหลัก
						บิดา	มารดา		
พิษณุ	13	-	-		28,722	ตำรวจ	ค้าขาย	ย่า พ่อ แม่	แม่
ศักดิ์ชัย	8	-	ECC ²	ขยาย		กำนัน	เกษตร	ลูก	
นพจิรา	4.5	0	-						
เฉลิมชัย	6	0	-	เดี่ยว	24,250	สมาชิก อบต.	ค้าขาย	พ่อ แม่ ลูก	แม่
ศุภชัย	2.1	4	ECC ²						
ทิพย์สุดา	11	-	-		61,200	รับจ้าง	ค้าขาย	แม่ ลูก	ปู่
ภาวิณี	8	-	-	เดี่ยว		นอกพื้นที่	เกษตร		
อรรรณ	5.9	15	ECC ²						
อาริณี	2.11	5	ECC ²						
พนิดา	2.11	8	ECC ²	ขยาย	12,044	รับจ้างในพื้นที่	รับจ้างในพื้นที่	ย่า พ่อ แม่ ลูก	ย่า
อัญชลิกา	3.6	1	ฟันหลัง	ขยาย	72,720	รับจ้างในพื้นที่	รับจ้างในพื้นที่	ปู่ย่าพ่อแม่ ลูก	ย่า แม่
อรณี	4.2	13	ECC ²	ขยาย	19,995	รับจ้างนอกพื้นที่	รับจ้างนอกพื้นที่	ทวด ตา ยาย น้า หลาน	ตา
สุภา	11	-	-		4,000	เสียชีวิต	รับจ้างในพื้นที่	แม่ ลูก	แม่
สมฤดี	9	-	ฟันแท้ผุ						
กันยารัตน์	7	-	ฟันแท้ผุ	เดี่ยว					
วันเพ็ญ	4.1	0	-						
มิ่งคุณ	2	0	-						

- หมายเหตุ : 1.dmft คือ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (ซี่ต่อคน)
 2.ECC หมายถึง รูปแบบการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก (Early childhood caries)
 3.ที่มาจากรายงานผลการสำรวจสภาพเศรษฐกิจและสังคมของหมู่บ้านในโครงการพัฒนาโดยตุง ปี 2544

-ฐานะทางเศรษฐกิจ

มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีย่อมมีความสามารถในการลงทุนเพื่อเด็กสูงทั้งด้านสาธารณสุข และการศึกษา (กุศล สุนทรธาดา และอุไรวรรณ คณิงสุวรรณ, 2541) ดังจะเห็นได้จากกรณีศึกษาจากครอบครัวของเด็กหญิงอัญชลิกา ซึ่งเด็กมีฟันผุในระยะเริ่มต้นเพียงหนึ่งซี่ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจมีผลทำให้แม่ไม่จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงมีเวลาดูแลลูกได้อย่างเต็มที่รวมถึงการดูแลอนามัยในช่องปาก นอกจากนี้สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆที่แม่เลือกสำหรับลูกส่วนใหญ่จะเป็นของใช้เฉพาะสำหรับเด็กที่มีคุณภาพ เช่น การเลือกใช้แปรงและยาสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็ก

ผู้ที่มีฐานะทางการเงินดีย่อมสามารถซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน อย่างไรก็ตามแม้จะเป็นผู้ที่มีฐานะดีหรือรายได้มาก แต่หากไม่สามารถเลือกรับสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพก็อาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปากได้ เช่นกรณีครอบครัวของเด็กหญิงอาริณี ที่แม้ว่าครอบครัวมีฐานะดี แต่ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ

ช่องปากของเด็ก ประกอบกับมีเงื่อนไขอื่นๆที่มีอิทธิพลในการดูแลเด็ก จึงทำให้อาโรนมีฟันผุค่อนข้างสูง

“ปู่จะซื้อขนมมาให้เขากิน บางที่เราเห็นเพื่อนๆของเขากิน เราไม่ให้กินก็เอ็นดู (สงสาร) เขา เพื่อนมีกินกันหมด ตอนเด็กๆเราก็ไม่ค่อยได้กิน เดี่ยวนี้พอมีเงินก็อยากให้ลูกได้กิน” ปู่ของอาโรนกล่าว

กรณีศึกษาจากครอบครัวของเด็กหญิงนพจิรา แสดงให้เห็นว่าแม่เด็กทั้ง 3 คนพี่น้องจะอยู่ในครอบครัวเดียวกัน แต่ทั้ง 3 คนต่างมีสถานะฟันผุที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากอยู่ในบริบททางสังคมวัฒนธรรมต่างกัน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของสมาชิกในครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลง ปรับตัว โดยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กทั้ง 3 คนมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ พิษณุซึ่งเป็นลูกชายคนโตไม่มีฟันผุ พิษณุคลอดในขณะที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ส่วนใหญ่เด็กบริโภคอาหารแบบดั้งเดิม ชอบกินผักและผลไม้ โอกาสที่พิษณุจะได้บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้อย ทำให้ฟันไม่ผุ ในขณะที่ศักดิ์ชัยลูกชายคนรองมีฟันผุหลายซี่ เมื่อศักดิ์ชัยคลอดนั้น พ่อและแม่ต้องทำงานหนักเร่งหารายได้ ครอบครัวเริ่มมีฐานะดีขึ้น ผู้ปกครองมีศักยภาพในการตอบสนองความต้องการของลูกได้มากขึ้น ศักดิ์ชัยได้กินขนมและบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ส่วนนพจิราลูกคนสุดท้องนั้นแม้ว่าฐานะทางครอบครัวดีขึ้น เด็กได้รับอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเช่นกัน แต่เนื่องจากประสบการณ์โรคฟันผุในศักดิ์ชัย ทำให้แม่ให้ความสำคัญในการดูแลอนามัยในช่องปากของลูกมากขึ้น ประกอบกับแม่ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากทำให้แม่ให้ความสนใจและใส่ใจในการดูแลอนามัยช่องปากของนพจิรา จึงทำให้นพจิราไม่เกิดฟันผุ

จากตัวอย่างกรณีศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิณะ วิระไวทยะ และสง่า ตามาพงษ์ (2541) ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับค่าใช้จ่ายในเรื่องอาหาร พบว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยมาก หรือที่เรียกว่าไม่เคยกินดีอยู่ดีมาก่อน ถ้ามีรายได้มากขึ้น รายได้ส่วนที่เพิ่มขึ้นจะหมดไปในเรื่องอาหาร โดยจะเพิ่มในด้านปริมาณของอาหารก่อน ถ้ามีรายได้ดีขึ้นจึงจะปรับปรุงในเรื่องคุณภาพของอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Beal และ Dickson (1974) ในครอบครัวกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ที่พบว่า แม่ครอบครัวของเด็กกลุ่มนี้จะมีรายได้ต่ำ แต่กลับพบว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อขนมหวานให้ลูกมากกว่าในกลุ่มชนชั้นกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่พ่อแม่ขาดความรู้ในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อลูก ไม่มีเวลาใส่ใจดูแล แต่ยอมเสียเงิน

ครั้งละเล็กน้อยซึ่งราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับอาหารอื่น เป็นการชดเชยความสุขอื่นในชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำไต่ยากกว่าและไม่สามารถหยิบยื่นให้ลูกได้

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาเฉพาะปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจแล้ว แม้ว่าครอบครัวของเด็กหญิงวันเพ็ญที่ฐานะยากจนได้แสดงให้เห็นว่าแม่ต้องทำมาหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลลูก ซึ่งรวมถึงการดูแลอนามัยในช่องปาก และไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุ แต่วันเพ็ญและน้องกลับฟันไม่ผุ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดโรคฟันผุยังคงมีปัจจัยหรือเงื่อนไขอื่น ๆ ที่มีผลทำให้เด็กฟันไม่ผุ ในกรณีตัวอย่างของครอบครัวนี้น่าจะเนื่องจากแม่ฐานะไม่ดี จึงทำให้เด็กบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในปริมาณและความถี่ที่ต่ำ

-การศึกษา

การที่ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในเรื่องของสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฟันผุและวิธีการป้องกัน จะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุ ด้วยแนวความคิดที่ว่าคนที่บุคคลมีความรู้จะทำให้เกิดพฤติกรรมและมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง จากกรณีศึกษาจากครอบครัวของเด็กหญิงอาริณี หรือ ของเด็กหญิงพนิดาที่เด็ก ๆ มีปู่และย่าเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กที่ดูแลโดยผู้ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ทำให้เด็กทั้งสองครอบครัวมีฟันผุสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากในอดีตนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสในการศึกษาน้อย มีปัญหาในการสื่อสาร ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากน้อย ประกอบกับในอดีตผู้สูงอายุเหล่านี้แม้จะไม่ได้ให้ความสำคัญกับการแปรงฟันด้วยแปรงและยาสีฟันแต่ก็ไม่มีฟันผุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากตามประสบการณ์เดิมของตน ซึ่งไม่พอเพียงสำหรับการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในปัจจุบัน

ตัวอย่างกรณีศึกษาทั้งสองกรณีสอดคล้องกับการศึกษาของ Febres และคณะ (1997) ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนเชื้อสายอเมริกาใต้ (Hispanic) กลุ่มหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ปกครองของเด็กกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 50 ไม่มีความรู้ในการดูแลอนามัยในช่องปากและวิธีการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดฟันผุที่สูง ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในประเทศไทยของพัชรลักษณ์ เกื้ออนาดีและสุปรีดา อุดุลยานนท์ (2543) ในหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่ากลุ่มแม่ของเด็กก่อนวัยเรียนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะสอนให้ลูกแปรงฟันเองเมื่อเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากไม่เคยทราบว่าต้องทำความสะอาดในช่องปากของลูกขณะยังเล็ก

ทั้งนี้การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการศึกษาระบบโรงเรียน ดังจะเห็นได้จากกรณีของครอบครัวเด็กหญิงอัญชุลิกาที่แม้ว่าแม่จะเรียนจบเพียงระดับชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 แล้วต้องลาออกจากโรงเรียนเพื่อมาทำงานช่วยทางบ้านหาเลี้ยงครอบครัว แต่แม่ของเด็กหญิงอัญชุลิกาก็มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ

ช่องปากของลูก โดยที่แม่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ผ่านทางครอบครัว จากบุคคลภายนอก จากการออกมาทำงานนอกบ้าน รวมทั้งจากสื่อต่างๆที่เปิดโอกาสให้ได้รับความรู้ในเรื่องสุขภาพเหล่านี้

-ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ในขณะที่เดียวกัน ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น สภาพกดดันจากสภาพแวดล้อม ภาวะกดดันจากสภาพชีวิตความเป็นอยู่ขณะนั้น ทั้งจากปัญหาความยากจน ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว อันเกิดจากความไม่มั่นคงในครอบครัว ความกดดันจากปัญหาหย่าร้างหรือครอบครัวแตกแยก ปัญหาเหล่านี้ย่อมส่งผลถึงผู้ปกครองในการดูแลเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังมีผลเกี่ยวเนื่องต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก อันจะมีผลต่อสภาวะฟันผุของเด็กเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wendt และคณะ (1995) ที่ศึกษาในกลุ่มเด็กแรกเกิดถึงสองปีในเมืองแห่งหนึ่งของประเทศสวีเดน แม้ว่าการศึกษานี้จะมีกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย แต่ได้สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กมีความสัมพันธ์และเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (family interaction) ระหว่างพฤติกรรมของผู้ปกครองและพฤติกรรมของเด็กโดยตรง โดย Wendt และคณะ ให้ความสนใจในประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครอง โดยเฉพาะเรื่องความเข้มแข็งของครอบครัว (family strength) ปรัชญาการณชีวิตของครอบครัว (life event) และลักษณะการเลี้ยงดู (style of upbringing) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถูกหล่อหลอมจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

จากกรณีศึกษาของครอบครัวเด็กหญิงอรณีแสดงให้เห็นว่าการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิต (Life crisis) ตาและยายซึ่งเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเคยประสบกับวิกฤติชีวิต กล่าวคือ ตาและยายมีลูก 9 คน แต่ลูกๆเสียชีวิตเกือบหมด ตาและยายต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหลายต่อหลายครั้ง อีกทั้งแม่ของอรณียังประสบปัญหาครอบครัวแตกแยก พ่อแม่หย่าร้าง จึงทำให้ตาและยายพยายามให้มีความสุขกับหลานด้วยการชดเชยสิ่งที่น้องวีขาดหายไป การให้ขนม การตามใจ การไม่บังคับเมื่อเด็กไม่แปรงฟัน ซึ่งการกระทำทั้งหมดล้วนแสดงออกซึ่งความรัก ความห่วงใยเพื่อชดเชยให้กับหลานที่ขาดการดูแลจากพ่อและแม่

อย่างไรก็ตามแม้ว่าครอบครัวของเด็กหญิงวันเพ็ญจะประสบกับภาวะวิกฤติของครอบครัว ขาดพ่อซึ่งเป็นผู้นำครอบครัว ครอบครัวนี้มีแม่เป็นหัวหน้าครอบครัว รับภาระดูแลลูกๆ ถึง 5 คน ครอบครัวต้องย้ายออกจากบ้านของย่า อพยพกลับมาอยู่กับยาย และในที่สุดยังต้องย้ายไปอยู่ทำยหมูบ้าน ภายในบ้านมีเพียงหลอดไฟให้แสงสว่างเพียงหลอดเดียว ไม่มีเตาแก๊ส ตู้เย็น สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ นอกจากโทรทัศน์สีขนาด 20 นิ้ว แต่วันเพ็ญและน้องกลับไม่มีฟันผุเลย ปรัชญาการณที่เกิดขึ้นเป็นวิกฤติของครอบครัว แต่เนื่องจากยังมีเงื่อนไขเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ ครอบครัวของเด็กหญิงวันเพ็ญอยู่ในสถานะที่ยากจนทำให้เด็กๆมีโอกาสที่จะบริโภค

อาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุน้อย จึงทำให้เด็กๆฟันไม่ผุแม้ว่าไม่ได้ดูแลอนามัยในช่องปากเลยก็ตาม

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในสถาบันครอบครัวอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ อัตราการหย่าร้างในครอบครัวสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่าในมีการหย่าร้างของคู่สมรส 4 คู่ ซึ่งทั้ง 4 นั้นเป็นครอบครัวของเด็กก่อนวัยเรียนทั้งสิ้น เมื่อมีการหย่าร้างเกิดขึ้น เด็กมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่กับญาติ ผู้เลี้ยงดูเด็กจึงมักตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เห็นได้ชัดคือ เด็กถูกทิ้งหลังคลอดไม่มีโอกาสได้กินนมแม่ จำเป็นต้องเลี้ยงดูด้วยนมหรืออาหารเสริมสำเร็จรูป นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ดูแลเด็กในชุมชนนี้ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก รักและตามใจหลาน จึงทำให้เด็กมีสภาวะโรคฟันผุสูง

-เทคโนโลยีสื่อสาร

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ชาวอาข่าในชุมชนปากกล้วยส่วนใหญ่มีโทรทัศน์เกือบทุกหลังคาเรือน ยิ่งเมื่อสังคมเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอันไร้พรมแดน วัฒนธรรมหรือแบบแผนวิถีชีวิตของชาวบ้านจึงเปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากเด็กในชุมชนนี้บางครอบครัวกินขนมปังแทนการกินข้าวในตอนเช้าก่อนไปโรงเรียน ผู้ปกครองบางคนมีความเชื่อว่านมผงหรืออาหารเสริมสำเร็จรูปคือความทันสมัย เป็นสิ่งที่มีคุณค่าเหมาะสำหรับเลี้ยงทารก ทั้งนี้ได้รับข้อมูลมาจากโทรทัศน์และเพื่อนบ้านเป็นหลัก ไม่เว้นแม้แต่ครอบครัวของเด็กหญิงวันเพ็ญ ซึ่งแม้ว่าที่บ้านจะมีฐานะไม่ดี ในบ้านมีหลอดไฟให้แสงสว่างเพียงอย่างเดียว แต่ก็มีโทรทัศน์ขนาด 20 นิ้ว ดังจะเห็นได้จากที่แม่ของน้องวันเพ็ญเล่าว่าเด็ก ๆ มักดูโทรทัศน์และชี้ให้แม่ดูว่าอยากได้ขนมหรือของเล่นเหมือนในโทรทัศน์

อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีในด้านสื่อก็มีผลทั้งทางบวกและทางลบขึ้นกับกระบวนการเรียนรู้ของแต่ละครอบครัว กรณีครอบครัวของเด็กหญิงอัญชุลิกา สะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่าแม่ของอัญชุลิกาจะมีโอกาสเรียนเพียงแค่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อ่านหนังสือไม่ออกก็ตาม แต่แม่ของอัญชุลิกาก็มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กหญิงอัญชุลิกาได้เป็นอย่างดี แม่เลือกผลิตภัณฑ์ต่างๆรวมทั้งแปรงและยาสีฟันที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ทั้งนี้แม่ของอัญชุลิกาได้รับความรู้ต่างๆเหล่านี้จากรายการโทรทัศน์และจากเพื่อนบ้าน

ปัจจุบันภาวะวิถีชีวิตบริโภคนิยมปรากฏเป็นที่ประจักษ์ในชุมชนแห่งนี้ เทคโนโลยีด้านสื่อโดยเฉพาะอย่างยิ่งโทรทัศน์ มีอิทธิพลต่อชาวอาข่ากลุ่มนี้เป็นอย่างมาก ชนมกรอบ ชนมฤงมีการจำหน่ายตามร้านค้าทั้งภายในและภายนอกหมู่บ้าน เด็กๆในชุมชนสามารถเข้าถึงขนมได้ง่าย ในขณะที่ภาพโฆษณาที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ถึงผลเชิงลบของขนมยังไม่เพียงพอให้ชุมชนตระหนักในผลกระทบที่จะทำให้เกิดโรคฟันผุ ดังจะเห็นได้จากครอบครัวของเด็กหญิงพินดาที่ย่ำรักหลานมาก ให้หลานกินขนมบ่อยตามที่ต้องการ ในบางวันเด็กได้รับขนมเพียงอย่างเดียวโดยไม่

กินข้าว ซึ่งยาเองไม่ได้วิตกหรือตระหนักถึงผลเสียแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะเข้าใจว่าการกินขนมโดยไม่กินข้าวหรืออาหารที่มีประโยชน์ประเภทอื่นก็เพียงพอ หรือครอบครัวของเด็กหญิงอาริณีที่ปู่จะซื้อขนมเก็บไว้ที่บ้านครั้งละหลายๆตามที่หลานสั่งซื้อเมื่อเห็นจากภาพโฆษณาในโทรทัศน์ ในขณะที่เด็กชายศุภชัยชอบกินขนมโดยเฉพาะหมากฝรั่งและลูกอมฮอลล์ก่อนเข้านอนเป็นประจำทุกวันโดยไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้ของครอบครัวยังไม่ทันกับกระแสโฆษณาในยุคโลกาภิวัตน์ ครอบครัวเหล่านี้ยังมีความเข้าใจว่า ลูกอมหรือทอฟฟี่ทำให้เกิดฟันผุแต่ขนมที่ผ่านการแปรรูปบางอย่าง เช่น หมากฝรั่ง ขนมปัง ขนมกรอบ ขนมถุงเหล่านี้ไม่ใช่ลูกอมหรือทอฟฟี่ที่ทำให้เกิดฟันผุ เด็กจึงกินได้โดยที่ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า นอกจากสื่อจากโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กแล้ว ยังพบว่าเด็กยังได้รับอิทธิพลการบริโภคอาหารจากผู้ปกครอง และกลุ่มเพื่อน ซึ่งจากการศึกษาของ Goldstein (1998 อ้างถึงใน Chestnut และ Ashraf, 2002) พบว่าโฆษณาทางโทรทัศน์มีบทบาทต่อเด็กน้อยกว่าผู้ปกครองและสังคมเพื่อน โดยเมื่อเด็กเริ่มเข้าโรงเรียนโลกส่วนตัวของเด็กจะขยายไปยังสังคมเพื่อนและกลายเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริโภคอาหารของเด็กมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการเลียนแบบกัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีนั้นคือ สังคมเพื่อนอาจช่วยพัฒนาทัศนคติที่ดีต่ออาหารและการเลือกอาหาร เด็กบางคนยอมรับประทานผักเพราะเพื่อนรับประทานผัก หรือบางคนเห็นเพื่อนดื่มนมก็ดื่มตาม ในข้อเสียนั้น อาจจะเป็นรูปของการปฏิเสธไม่บริโภคอาหารหรือการเลือกรับประทานอาหารที่อยู่ในความนิยม เช่น เด็กบางคนเห็นเพื่อนกินขนมก็กินตาม ค่านิยมใหม่ในด้านอาหารนี้เกิดขึ้นได้เมื่อเด็กได้เข้าร่วมรับประทานอาหารกับเพื่อนๆ ดังนั้นการสร้างพฤติกรรมอาหารที่พึงประสงค์ เช่นการให้เด็กลองบริโภคอาหารใหม่ๆ อาจเริ่มต้นขึ้นที่โรงเรียนได้เช่นเดียวกัน

โดยสรุปแล้วครอบครัวของชุมชนอาข่าบ้านอีโก้ปากด้วยเปลี่ยนแปลงไปทางที่อ่อนแอลงโดยพิจารณาจากการที่ชุมชนเข้าสู่ภาวะสังคมบริโภคนิยมมากขึ้น กล่าวคือ ปัจจัยภายในครอบครัวเอื้อไปทางที่ทำให้อ่อนแอเมื่อผนวกกับปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่มารุมเร้ามากขึ้นจึงทำให้ครอบครัวที่เดิมเคยมีโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่เข้มแข็งอ่อนแอลง จะเห็นได้ว่าปัจจัยแวดล้อมภายนอกจะมีอิทธิพลต่อครอบครัวโดยผ่านการเรียนรู้แบบสะสมขึ้นเรื่อยๆและอาจสะสมเป็นความคิดที่ละน้อย เมื่อถึงจุดหนึ่งครอบครัวจะเป็นผู้ปิดหรือเปิดสวิตซ์การเปลี่ยนแปลงขึ้น (สุภาวดี หาญเมธี, 2545) ซึ่งหากเชื่อมโยงกับข้อสรุปจากการศึกษาของ Wendt และคณะ (1995) ที่พบว่าหน้าที่ของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและวิถีชีวิตของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของเด็ก อันจะส่งผลถึงการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนนั้น ด้วยเหตุนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพจึงต้องเข้าใจถึงภาวะครอบครัวและภาวะแวดล้อมที่รุมเร้าต่อการ

เปลี่ยนแปลงของครอบครัว และเข้าใจว่าแต่ละครอบครัวได้รับรู้เรียนรู้ภาวะแวดล้อมรอบๆไม่เท่ากัน จึงทำให้ครอบครัวเปิดสวิตซ์การเปลี่ยนแปลงไม่พร้อมกัน ดังนั้นครอบครัวจะเข้มแข็งได้ก็ต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้และการหล่อหลอมจากชุมชนสังคมที่เข้มแข็ง

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มนี้ พบว่า พฤติกรรมเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน มีความเป็นพลวัต (dynamic) เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ อีกมากมาย ทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม ปัญหาโรคฟันผุที่เกิดขึ้นจึงไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางชีวการแพทย์เท่านั้น แต่ยังคงเป็นปัญหาที่ถูกคุกคามโดยปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการกำหนดเงื่อนไขและรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ดังนั้นในการเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพช่องปากจึงต้องพิจารณาพฤติกรรมนั้นๆร่วมกับกระบวนการการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โครงสร้างทั้งหมดในสังคมมีความผูกพันกัน เป็นสภาพที่ส่วนต่างๆของระบบสังคมทำงานร่วมกัน มีการประสานเชื่อมโยงกันอย่างแนบแน่นระหว่างสถาบันสังคม การเปลี่ยนแปลงในส่วนของโครงสร้างสังคมย่อมมีผลแผ่กระจายกว้างออกไปเป็นลูกโซ่เชื่อมโยงถึงกันโดยตลอด (มัลลิกา มัติโก, 2534)

ที่ผ่านมาการดำเนินการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐและหน่วยงานของรัฐไม่ได้คำนึงถึงกลุ่มคนในชุมชนหรือวัฒนธรรมชุมชนที่เคยมีอยู่ ซึ่งชาวบ้านมีการปฏิบัติกันในครอบครัว กลุ่มเครือญาติและกลุ่มสังคมดั้งเดิมอยู่แล้ว การนำความรู้ใหม่เข้าสู่ชุมชนโดยไม่สามารถสอดประสานกับองค์ความคิด ความเชื่อเดิม จะทำให้ชาวบ้านเกิดการยอมรับความรู้และเกิดการปฏิบัติในสิ่งที่ได้รับคำแนะนำใหม่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นการดำเนินการในอนาคตบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ตามเงื่อนไขและปัจจัยต่างๆทั้งในอดีตและปัจจุบัน อันจะทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมและประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีความเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนจึงไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในลักษณะลูกโซ่ที่มีผลต่อเนื่องกันไป การวิเคราะห์ปัญหาจึงจำเป็นต้องมองอย่างองค์รวมทั้งด้านชีวภาพ สังคมและวัฒนธรรม ในด้านการดำเนินการควรบูรณาการโครงการต่างๆไปพร้อมๆกันมากขึ้น จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่ายังไม่สามารถมีการประสานงานที่เป็น

รูปธรรมอย่างชัดเจน ยังคงมีรูปแบบต่างคนต่างทำ ทั้งที่ชาวบ้านในชุมชนเป็นคนกลุ่มเดียวกัน การดำเนินการควรมีการประสานความร่วมมือและเข้าใจชุมชนแต่ละชุมชน เพราะแต่ละชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงและมีบริบทที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหาข้อมูลพื้นฐานด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการทำกรวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพิ่มเติม โดยศึกษาการให้ชุมชนเข้ามา มีบทบาทและมีส่วนร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ศึกษาถึงบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นตัวกำหนดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยศึกษาถึงองค์กรทางสังคมต่างๆทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน รวมถึงเงื่อนไขของการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของชุมชน โดยนำเอาองค์ความรู้ทางสาธารณสุขเข้าไปผสมผสานกับองค์กรอื่นๆ เช่น องค์กรการศึกษา ดังนั้นควรมีการวิจัยในรูปแบบสหสาขาเพื่อสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น

ในด้านการดำเนินการควรมุ่งเน้นลงไปในองค์กรของสังคมที่มีอยู่ตามชุมชนต่างๆ เช่น สถาบันการศึกษา โรงงาน และสถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน องค์กรของสังคมเหล่านี้เป็นแหล่งรวมคนที่ง่ายต่อการเข้าถึง โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาซึ่งมีเด็กนักเรียนอันเป็นวัยที่เหมาะสมแก่การเรียนรู้ เนื่องจากมีความอยากรู้อยากทดลอง อยากเรียนรู้สิ่งแปลกใหม่ในชีวิต หากการดำเนินการมีความเข้าใจเข้าถึงแก่นแท้ของพฤติกรรม จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายและทำให้เกิดความสำเร็จอย่างยั่งยืน เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะสานต่อและถ่ายทอดพฤติกรรมดังกล่าวสู่ชุมชนและคนรุ่นต่อไป อย่างไรก็ตามการดำเนินการในกลุ่มนี้จะต้องสอดประสานเข้าไปทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตรของการเรียน โดยมุ่งไปที่การปลูกฝังพฤติกรรมมากกว่าการเรียนรู้ให้สอบผ่าน ไม่ควรกำหนดขอบเขตเฉพาะการเรียนในห้องเรียน หรือในตำราเรียน แต่ควรเชื่อมโยงความรู้ที่ได้ในห้องเรียนนำไปสู่การปฏิบัติจริงทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และในสังคมอื่นๆ ตลอดจนสร้างจิตสำนึกให้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ในการดำเนินการควรเปิดกว้างให้ชุมชนเป็นผู้เลือกและจัดดูสภาพ ต้องมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องใช้กลยุทธ์ที่มีความเหมาะสม ทันสมัย เข้าใจง่าย และสอดคล้องไปกับวิถีชีวิตของชุมชน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สื่อมีบทบาทอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาสื่อ โดยเริ่มต้นจากการสร้างกระแสของความต้องการของการมีสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เห็นความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วจึงสร้างสื่อเพื่อให้เกิดความรู้และแนวทางในการปฏิบัติที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง วิธีการเผยแพร่ความรู้ในหมู่บ้านนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และใช้สื่อที่ชาวเขาเข้าใจได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน มีความใกล้ชิดสนิทสนมและมีความสม่ำเสมอ แต่ทั้งนี้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นต้องอาศัยเวลาและความจริงใจที่มีต่อชาวบ้าน ส่วนการจัดการกับการ

โฆษณา อาจเกินกำลังความสามารถในระดับบุคคลหรือครอบครัวในการแก้ไขและจัดการได้ ซึ่งอาจต้องมองถึงการผลักดันให้เกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาในระดับชุมชนและสังคมต่อไป

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในระบบเครือข่าย ระบบชุดความคิด และความเชื่อของชาวบ้านในชุมชนนี้ แสดงให้เห็นว่า การดำเนินชีวิตในหมู่บ้านต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติหลายคน ดังนั้นการให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขจึงต้องปรับให้สอดคล้องกัน โดยการผสมผสานแนวคิดในการดูแลเด็ก ด้วยการคำนึงถึงภาพรวมของการดำเนินชีวิตของทุกคนในครอบครัวตามวิถีชีวิตในบริบทของชุมชน รวมทั้งการศึกษาถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับชาวบ้านตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง

ในการส่งเสริมให้เด็กกลุ่มนี้มีสุขภาพช่องปากที่ดีมีองค์ประกอบที่กว้างขวางกว่าการป้องกันโรค ไม่ใช่เพียงงานสุขศึกษาแบบเดิม แต่มีองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ทางสังคม การเมือง ดังนั้นนโยบายสาธารณะหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจึงควรมุ่งเน้นในการพัฒนาทักษะของคนในการเผชิญปัญหา ให้ความสำคัญกับการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ มีศักยภาพในการปรับตัว มีความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง ไม่ตกเป็นเหยื่อต่อสิ่งที่มากระตุ้นและควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรควรปรับบทบาทของตนสู่การเป็นผู้กระตุ้น หรือสนับสนุนให้บุคคลหรือชุมชนพัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีอยู่หรือเคยมีอยู่ในการดูแลส่งเสริมให้ตนเองและสังคม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2544-45. กรุงเทพมหานคร: กองทันตสาธารณสุข, 2544. (อัดสำเนา)
- กองสถิติสังคม. รายงานผลเบื้องต้นสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ : งานสำมะโนประชากรและเคหะ ฝ่ายสถิติประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543.
- กันยารัตน์ วิโรจน์พงศ์. ขนมถูกับเด็กในวัยเรียน. ว โรงพยาบาลชุมชน. 2 (5) (2543).
- กาญจนา แก้วเทพ. สื่อส่งเสริมวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร. : อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2539.
- กาญจนา คำดี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- กุศล สุนทรธาดา. พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง. ในรายงานการประชุมทางวิชาการเรื่องสถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย. 3-4 มิถุนายน 2541 ณ. โรงแรม เอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร
- กุศล สุนทรธาดา และ อุไรวรรณ คิ่งสุวรรณ. สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท. ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และจรรยา สุทธิสุนทร บรรณาธิการ พฤติกรรมสุขภาพ รวบรวมบทความจากการประชุมวิชาการ พฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. ม.ป.ท , 2533.
- แคร์รี ริคเตอร์ และนภาพรณ ะหวานนท์. การมีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจของผู้หญิงในครอบครัวไทย: นัยยะที่มีต่อการพัฒนาประเทศและสวัสดิการสังคม. กรุงเทพฯ : เจนเดอร์เพรส, 2538.
- งามพิศ สัตย์สงวน. การวิจัยทางมานุษยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- จุมพล พรหมสาขา ณ สกลนคร. กระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพอนามัยของชาวชนบทในภาคเหนือ. ปริญญาโทมหาบัณฑิต ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- เฉลิมพล ตันสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สหประชาพานิชย์, 2541.
- ชมรมทันตสาธารณสุขภูธร. ขนมเด็กกับการโฆษณา. จุลสารศูนย์ข้อมูล คปอส. ปีที่ 2 (3) (ตุลาคม-ธันวาคม) (2535) : 12-34.

ชยันต์ วรรณะภุติ. คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง
น่านาวิทยา, 2544.

ชุติมา ไตรรัตนวรกุล และ รพีพรรณ โชคสมบัติชัย. พฤติกรรมการเลี้ยงนมและของเหลวอื่นด้วยนม
ขวดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราผุ ถอน อุด ในเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มหนึ่ง. ว.ทันต.
48(5)(2541): 259-267.

ดาวเรือง แก้วขันตี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง และปิยะดา ประเสริฐสม. การศึกษาเชิงลึก
สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน : กรณีศึกษา อำเภอแม่ทะ จังหวัด
ลำปาง. ว.ทันตสาธารณสุข 5 (12) (2543): 53-64.

ทวีศักดิ์ เสวตเศรณี. การศึกษาทางมานุษยวิทยาเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงทารกใน
กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ทิพย์วรรณ กลิ่นศรีสุข. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน (0-5 ปี) ใน
หมู่บ้านกรณีศึกษา ตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านหม้อ จังหวัด สระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
, 2541.

เทียนฉาย กิระนันท์. บทบาทของมหาวิทยาลัยกับการพัฒนาเศรษฐกิจ. การบรรยายพิเศษในการ
ประชุมระดับชาติครั้งที่ 7 เรื่อง The Role of University in a Knowledge Driven
Economy ของสมาคมสถาบันการศึกษาชั้นอุดมศึกษาแห่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียง
ได้ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 20 กันยายน 2544 ณ. ห้องประชุม อาคาร
จามจุรี 4 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544. (อัดสำเนา)

ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์. การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลกระทบต่อ
พัฒนาเด็ก : ปัจจุบันและอนาคต. รายงานในการประชุมสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 1 ด้านการ
พัฒนาเด็ก. 30-31 สิงหาคม 2533. ณ. ตึกสันตไมตรี ทำเนียบรัฐบาล, 2533.

นิตยา สอนสุชน. แบบแผนการเลี้ยงดูเด็กอายุ 6-24 เดือน ตามเกณฑ์สภาะความต้องการพื้นฐาน
และการบริการสำหรับเด็ก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536

นิภาพรรณ สุขศิริ. ทิศทางการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

เบญญา ยอดดำเนิน. บริโภคนิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณีในการบริโภคอาหาร. ในเบญญา
ยอดดำเนิน, กฤตยา อาชวนิจกุล, และจรรยา เศรษฐบุตร บรรณาธิการ ทฤษฎีและ
การศึกษาทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ :โอ.เอส.พรินต์
เฮาส์, 2529.

เบญจา ยอดดำเนิน แอ๊ดติกจ์ และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพ : ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง.
นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์: พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา.
กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2536.

ประสิทธิ์ ลิปรีชา. อัตลักษณ์ทางเครือญาติของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งท่ามกลางความทันสมัย : เอกสาร
ประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยา วันที่ 27-29 มีนาคม 2545. กรุงเทพฯ:
ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2545

ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร. ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของ
ชาวบ้าน : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

ฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาออยตุง (พื้นที่ทรงงาน) อันเนื่องมาจาก
พระราชดำริ. สรุปผลการสำรวจข้อมูลสภาพเศรษฐกิจและสังคมประจำปี 2543 ของ
ประชากรในเขตโครงการพัฒนาออยตุง. เชียงราย., 2544. (อัดสำเนา)

พัชราลักษณ์ เกื้ออนนาคี และ สุปรีดา อุดุลยานนท์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ
ชาวบ้าน: กรณีศึกษา ตำบลป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. ว. ทันต.
ขอนแก่น 2(2)(2543): 46-57.

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรรณ อินทา และน้ำผึ้ง พิชัยจุมพล. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรม
ดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กเล็ก : กรณีศึกษาหมู่บ้านภาคเหนือ. ศูนย์ทันตสาธารณสุข
ระหว่างประเทศ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

พัทธา สายหู. พฤติกรรมกรกินของคนไทย. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องพฤติกรรมกร
กินของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527

พันธ์ทิพย์ รามสูตร. ระบาควิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, อรัญญา ปุรนน, บรรณาทิการ. การดูแลสุขภาพ
ตนเอง : ทักษะทางสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร.: สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

พิสุทธิ์ สังขะเวช และคณะ. แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในแง่ของทัศนคติชุมชน.
ว ทันต มหิดล .10 (2533) : 113-120.

พิชญ์ อุตตมะเวทิน. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมกรบริโภคขนมของเด็กในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535.

- เพ็ญแข ลามยั้ง. การใช้บริการสุขภาพช่องปาก. ว ทันต สาธารณสุข 4 (1) (2542): 53-61.
- เพ็ญแข ลามยั้ง. มนุษยวิทยาว่าด้วยการจิ้ม ชัด แคะและแปรงฟัน. หมอนามัย 9(5): 41-46.
- มัลลิกา มัติโก, บรรณาธิการ. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุบโยคิน ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และจรรยา สุทธิสุนทร บรรณาธิการ พฤติกรรมสุขภาพ รวมบทความจากการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. ม.ป.ท , 2533.
- วัฒนา สุทัศน์ศีล. วัฒนธรรมบริโภคของแรงงานรับจ้างในชุมชนชนบท. กรุงเทพฯ : เอมี่เทรตติ้ง, 2544.
- วารุณี ภูริสินสิทธิ์ และเบ็ญจา จิรภัทรพิมล รายงานการวิจัยเรื่อง ภาวะการทำงานอุตสาหกรรมของสตรีกับการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของครอบครัว. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติสาขาสังคมวิทยาครั้งที่ 1 วันที่ 15-16 ธันวาคม 2543. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2543.(อัดสำเนา)
- วีณะ วีระไวทยะ และ สง่า ตามาพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร : ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. หนังสือชุดสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
- ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, วัฒนะ ศรีวัฒนา, รัชนิกร บานเย็น. การประเมินอัตราการใช้น้ำยาฟลูออไรด์ชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม : อภิชาติการพิมพ์, 2538.
- ศิริลักษณ์ ไหลสกุล. การทำงานเชิงเศรษฐกิจของสตรีชนบทกับแบบแผนการเลี้ยงดูบุตร และสภาวะอนามัยของบุตรก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- สมศรี กิจชนะพาณิชย์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องบทบาทสถาบันครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก (แรกเกิดถึง 6 ปี): บนเส้นทางอพยพจากอีสานสู่กทม. สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2539.
- สาวิตรี สุวรรณสถิตย์ สายสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม สรุปลผลการสัมมนาวิชาการเรื่อง วัฒนธรรมเอเชียอาคเนย์ : ความคล้ายคลึงในวิถีชีวิต. กรุงเทพมหานคร : กองวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ กรมศิลปากร, 2540.

สุนิศา วัฒนเกษร และ สุณี ผลดีเยี่ยม. รายงานการวิจัย พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก 0-3 ปีในเขตอำเภอเมือง, ม.ป.ท., 2535.

สุพัตรา สุภาพ. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 14 กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2535.

สุภร ฉัตรชัยฤกษ์. รายงานการวิจัยเรื่องกระบวนการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานสู่การกำหนดนโยบายและการปฏิบัติของโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

สุภาวดี หาญเมธี. ครอบครัวไทยอ่อนแอจริงหรือ. มติชน (9 ตุลาคม 2545) : 6

สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.). อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Right of the child), 2537 อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดา และ อุไรวรรณ คณิงสุวรรณ. สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. ว.ทันตสาธารณสุข. 6 (1) (2544): 59-75.

อมรา พงศาพิชญ์. ความหลากหลายทางวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์, 2545.

อบเชย วงศ์ทอง. โภชนศาสตร์ครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2541.

อานันท์ กาญจนพันธุ์. วิธีคิดเชิงซ้อนในการวิจัยชุมชน : พลวัตและศักยภาพชุมชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544.

ภาษาอังกฤษ

Acs, G., Lodolini, G., Kaminsky, S., and Cineros, G. J. Effect of nursing caries on body weight in pediatric population. Pediatr. Dent. 14 (5) (1992): 302-305.

Acs, G., Shulman, R., Man Wai Ng, and Chussid, S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. Pediatr. Dent. 21 (2) (1999): 109-113.

Alaluusua, S, and Malmivirta, R.. Early plaque accumulation-a sign for varies risk in young children. Community Dent Oral Epidemiol. 22 (10) (1994): 273-276.

Al-Shalan, T. A., Erickson, P. R., and Hardie, N. A. Primary incisor decay before age 4 as a risk factor for future dental caries. Pediatr. Dent. 19 (1) (1997): 37-41.

Ayhan, H., Suskan, E., and Yildirim, S. The effect of nursing or rampant caries on height,

- body weight and head circumference. J. Clin. Pediatr. Dent. 20 (3) (1996): 209-212.
- Barnes, D. E. A global view of oral disease: today and tomorrow. Community Dent Oral Epidemiol. 27 (1999): 2-7.
- Beal, J.F., and Dickson, S. Social difference in dental attitudes and behavior in West Midland mother. J Public Health.Dent 89 (1974): 19-31.
- Benitez, C., O'Sullivan, D., and Tinanoff, N. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. ASDC J. Dent. Child. 61 (1994): 46-49.
- Berkowitz, R. J., Turner, J., and Green, P. Primary oral infection of infants with streptococcus mutans. Arch. Oral. Biol. 25 (1981): 221-224.
- Carlos, J. P. and Giltelsohn, A. M. Longitudinal studies of the natural history of caries II. Arch Oral Biol. 10 (1965): 739-751.
- Caufield, P. W., Cutter, G. R., and Dasanayake, A. P. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. J. Dent. Res. 72 (1993): 37-45.
- Clarkson, B. H. Introduction to cariology. Dent. Cli. North. Am. 43 (4) (1999): 569-578.
- Cockerham, W.C. Medical sociology. N.J.: prentice-Hall, 1978.
- Davies, G. N. Early childhood caries-a synopsis. Community Dent. Oral Epidemiol. 26 (supplement 1) (1998): 49-61.
- Diehnelt, D. E., and Kiyak, H. A. Socioeconomic factors that affect international caries levels. Community Dent. Oral Epidemiol. 29 (2001): 226-233.
- Dowd, F. J.. Saliva and dental caries. Dent. Cli. North Am. 43 (4) (1999): 579-597.
- Douglass, J.M., Tinanoff, N., Tang, J.M.W., and Altman, D. Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers. Community Dent Oral Epidemiol 29 (2001): 14-20.
- Dubos, R. Mirage of Health. Garden City, N.Y.: Doubleday and Co., Inc., 1959 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, บรรณาธิการ. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
- Dune, F.L. Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as adaptive System. In Asian Medical system.: A Comparative Study. Berkley. University of California

- Press., 1976 อ้างถึงใน ลีอชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุปโยคิน ในทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุกข์, และจรรยา สุทธิสุขคนธ์ บรรณาธิการ พฤติกรรมสุขภาพ รวมบทความจากการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1. ม.ป.ท , 2533.
- Febres, C., Echeverri, E. A., and Keen, H. J. Parental awareness, habit, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay. Pediatr. Dent. 19 (1997): 22-27.
- Freidson, E. Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge. New York : Dodd, Mead, 1971.
- Gibson, S. and Williams, S. Dental caries in Preschool children : Association with Social class, Tooth brushing habit and Consumption of Sugar and Sugar-containing food. Caries Res. 33 (1999): 101-103.
- Glanz, K.; Lewis, F. M.; Rimer, B. K. Health behaviour and Health education., 2nd. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997. อ้างถึงใน ปิยะ ศิริพันธ์. วิจัยด้านพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544. (อัดสำเนา.)
- Gochman, D.S. Health behavior: emerging research perspective. New York : Plenum Press, 1988.
- Goldstein, J. Children and advertising-the research. European Commission-Commercial Communications Newsletter. 13 (1998): 4-9. cited in Chestnut, I.G., and Ashraf, F.J. Television advertising of food stuffs potentially detrimental to oral health-a content analysis and comparison of children's and primetime broadcasts. Community Dent. Health 19 (2002): 86-89.
- Gordon, G. Role theory and Illness: A Sociological Perspective. New Haven, Conn: College University Press, 1966. อ้างถึงใน อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ แนวคิดเรื่องบทบาททางสังคมของผู้ป่วย ในเบญจมา ยอดดำเนิน, กฤตยา อาชวนิจกุล, และจรรยา เศรษฐสุนทร บรรณาธิการ ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮาส์, 2529.
- Guba, E.G. Methodology of Naturalistic Inquiry in Educational Evaluation. CSE Monograph Series in Evaluation no.8, Los Angeles: University of California, 1978. อ้างถึงใน นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : พี่เอ็นการพิมพ์, 2540.
- Harrison, R., Wong, T., Ewan, C., Contreras, B., and Phung, Y. Feeding practices and

- dental caries in and urban Canadian population of Vietnamese preschool children. J. Dent. Child. (1997) : 112-117.
- Helman, C. Culture, Health and Illness. : John Wright and Sons, 1984.
- Holt, R. D. The pattern of caries in a group of 5-year-old children and in the same cohort at 9 years of age. Community Dent. Health 12 (1995) : 93-99.
- Houte, V. Role of microorganisms in caries etiology. J. Dent. Res. 73 (1994) : 672-681.
- Ismail, A. I.A Systematic Review of clinical diagnostic criteria of Early Childhood Caries. J. Public Health Dent. 59(3)(1999): 171-191.
- Ismail, A. I. Prevention of early childhood caries. Community Dent. Oral Epidemiol. 26 (Supplement 1) (1998) : 49-61.
- Ismail, A. I. and Sohn, W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. J. Am. Dent. Assoc. 132 (3) (2001) : 295-303.
- Jensen, M.E. Diet and Dental caries. Dent. Clin. North Am. 43 (4) (1999): 615-633.
- Kanchanakamol, U., Tuongratanaphan, S., Tuongratanaphan, S., Lertpoonrilaikul, Chihaisong, C., Pattanaporn, K., et al. Prevalence of developmental enamel defects and dental caries on rural pre-school Thai children. Community Dent. Health. 13 (1996) : 204-207.
- Kaste, L. M., Marianos, D., Chang, R., and Phipps, K. R. The assessment of nursing caries and its relationship to high caries in the permanent dentition. J. Public. Health Dent. 52 (5) (Winter) (1992): 64-68.
- Kelly, M., and Bruerd, B. The prevalence of baby bottle tooth decay among two native American populations. J. Public Health Dent. 47 (1987): 94-97.
- Kerosuo, H. and Honkala, E. Caries experience in the primary dentition of Tanzanian and Finnish 3-7 –year old children. Community Dent. Oral Epidemiol. 19 (1991): 272-276.
- King, J.M. Patterns of sugar consumption in early infancy. Community Dent. Oral Epidemiol. 6 (1978): 47-52.
- Kleinman, A.. Patient and healer in the context of culture. Berkeley, Calif.: University of California Press, 1980.
- Kohler, B., Petterson B. M., and Bratthall, D. Streptococcus mutans in plaque and saliva and the development of caries. Scand J. Dent. Res. 89 (1981): 19-25.

- Mattila, M.L., Paunio, P., Rautava, P., Ojanlatva, A., and Matti, S. Changes in dental health and Health Habit from 3 to 5 Years of Age. J Public Health Dent. (1998): 270-274.
- Maupome, G. An introspective qualitative report on dietary patterns and elevated levels of dental decay in a deprived urban population in northern Mexico. ASDC J. Dent. Child. (7-8) (1998): 276-285.
- Milnes, A. R. Description and epidemiology of nursing caries. J. Pub. Health Dent. 56 (1) (1996) : 38-50.
- Mormann, J. E., and Muhlemann, H. R. Oral starch degradation and its influence on acid production in human dental plaque. Caries Res. 15 (1981) : 166-175.
- Nations, M.K. "Tooth worms" Poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast brasil. Soc Sci Med. 54(2) (2002): 229-244.
- Neff, D. Acid production from different carbohydrates source in human plaque in situ. Caries Res. (1) (1967): 78-87.
- O'Sullivan, D. M. and Tinanoff, N. The Social and biological futures contributing to caries of the maxillary anterior teeth. Pediatr. Dent. 15 (1) (1993): 41-44.
- Paunio, P., Rautara, P., Helenius, H., Alanen, P., and Sillanpaa, M. The finish family competence study: the relationship between caries, dental health habits and general health in 3-year-old finish children. Caries. Res. 27 (1993): 154-160.
- Polgar, S. Health and human behavior : Area of interest common to the social science and medical science. Current Antropology. 3 (2) (1962): 159-205. อ้างถึงใน โภมาตกร จีงเสถียรทรัพย์. ประชาสังคมกับสุขภาพ. แผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี : โรงพิมพ์บริษัทดีไซร์ จำกัด, 2544
- Reisine, S., and Douglass, J. M. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent. Oral. Epidemiol. 26 (Supplement 1) (1998): 32-44.
- Reisine, S. and Litt, M. Social and psychological theories and their use for dental practice. Int. Dent. J., 43 (1993): 279-287.
- Reisine, S., Litt, M., and Tinanoff, N. a biosychosocial model to predict caries in preschool children. Pediatr Dent. 16 (1994) : 413-418.

- Schuurs, A. H. B. et al. Value of teeth. Community Dent. Oral Epidemiol 18 (1990): 20-26.
- Seow, W. K. Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent. Oral Epidemiol. 26 (Supplement 1) (1998) : 8-27.
- Seow, W. K. Enamel hypoplasia in the primary dentition: a review. J. Dent. Child. 58 (1991) : 441-452.
- Sirikulchayanonta, C. Studies on child Reaing Practices in Families with working mother : A comparison of Thai Urban and Rural villages. Paper presented at Thai population Association conference.21-22 November 1991 อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดา และ อุไรวรรณ คณิงสุวรรณ. สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- Smith, J.M., and Sheiham, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. Comm. Dent. Oral Epidemiol 8(7) (October) (1980): 360-364.
- Thomas,J.F., and Startup, R.. Some social correlation with the dental health of young children. Community Dent. Health. 9(1) (1992): 11-17.
- Tinanoff, N. Y.,Daley, N.S., O' Sullivan, D. M., and Douglass, J. M. Failure of intense preventive efforts to arrest early childhood and rampant caries: Three case reports. Pediatr. Dent. 21(3)(1999): 160-163.
- Tinanoff, N. Y., and O' Sullivan, D. M. Early childhood caries: overview and recent findings. Pediatr. Dent. 19 (1) (1997) : 12-16.
- Tsubouchi, J., Tsubouchi, M., Mayhard, R.J., Domato, P. K., and Weinstein, P. A study of dental caries and risk factors among native American infant. J. Dent Child. (5-6) (1995) : 283-287.
- U.S. Preventive Service task Force. Guide to clinical preventive service,^{2nd} ed. Alexandria, V. A.: International Medical Publishing, 1997.อ้างถึงใน ปิยะ ศิริพันธ์. วิจัยด้านพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.(คัดสำเนา)
- Veekamp, J. S. J., and Weerheijm, K. L. Nursing-bottle caries: The importance of a developmental perspective. ASDC J. Dent. Child. 62 (1995) : 381-386.

- Weinstein, P., Domoto, P., Koday, M., and Leroux, B. Results of a promising trial to prevent baby bottle tooth decay; a fluoride varnish study. ASDC J. Dent. Child. 61 (5-6) (1994) : 338-341.
- Weinstein, P., Oberg, D., Domoto, P.K., Jeffcott, B. S., and Leroux, B. A prospective study of the feeding and brushing practices of WIC mothers: six and twelve-month data and ethnicity and familial variables. J. Dent. Child. 63 (1996) : 113-117.
- Weinstein, P. Public health issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 26 (Supplement 1) (1998) : 84-90.
- Weinstein, P., Troyes, R., Jacobi, D., and Moccasin, M. Dental experiences and parenting practices of native American mothers and caretakers: what we can learn for the prevention of baby both tooth decay. J. Dent. Child. (3-4) (1999) : 120-126.
- Wendt, L.K., Koch, G., and Hallonsten A.L. Infant and toddlers with caries: mental health, family interaction, and life events in infants and toddlers with caries. Swed Dent J. 19 (1995): 17-27.
- Wong, M. C. M., Lo, E. C. M., Schwarz, E., and Zhang, H. G. Oral health status and oral health behaviors in Chinese children. J. Dent. Res. 80 (5) (2001) : 1459-1465.
- World Health Organization. Definition of Health, 1984. In World Health Organization : Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1997.
- Wyne, A. H. Early childhood caries: nomenclature and case definition. Comm. Dent. Oral Epidemiol. 27 (1999) : 313-315.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ลำดับที่.....

แบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนหมู่บ้านอีก้อปากกล้วย

ชื่อ..... วันที่ตรวจ..... ผู้ตรวจ.....

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน..... เพศ.....

เชื้อชาติ/เผ่าพันธุ์.....ศาสนา.....

บ้านเลขที่.....

บิดา..... อาชีพ.....

มารดา..... อาชีพ.....

หมายเหตุ.....

DENTITION STATUS AND TREATMENT NEED



Status											
Treatment											

16 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 26

46 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 36



รหัส	status	รหัส	treatment need
A	Sound	0	None
B.X	Decay (X=จำนวนด้านที่ผุ)	F	Fissure sealant F
C.X	Filled, with decay (X=จำนวนด้านที่อุด)	1	one surface filling
D.X	Filled, no decay (X=จำนวนด้านที่อุด)	2	Two or more surface filling
E.X	Missing as a result of caries	3	Crown for any reason
F	Fissure sealant	5	pulp care and restoration
G	SSC	6	Extraction
T	Trauma	7	Need for other care (specify).....
		-	Unerupted teeth

ภาคผนวก ข

แนวคำถาม (semi-structural interview guideline)

แนวการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ : ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัว / แจ้งวัตถุประสงค์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่ บทบาทในชุมชนฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา อาชีพ รายได้

1. ลักษณะทางกายภาพ (การทำแผนที่)

- 1.1 สถานที่ตั้ง ขอบเขต ระยะทาง (การคมนาคม)
- 1.2 สภาพพื้นที่ ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ทรัพยากรธรรมชาติ
- 1.3 แผนผังการตั้งบ้านเรือน
- 1.4 สถานที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน วัด ร้านค้า ร้านขายของชำ ขนมน จำนวนชนิดของที่
ขายดี
- 1.5 สาธารณูปโภค การคมนาคม การสื่อสาร
- 1.6 แหล่งน้ำกิน น้ำใช้

2. ประวัติหมู่บ้าน: ประวัติการก่อตั้ง และ ความเป็นมา ตั้งมานานแค่ไหน พื้นเพคนที่นี่เป็นอย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับประชากร

- 3.1 จำนวนประชากร จำนวนสัดส่วนเพศ โครงสร้างอายุ
- 3.2 โครงสร้างครอบครัว จำนวนครอบครัว ลักษณะครอบครัว
- 3.3 โครงสร้างอาชีพ ระดับการศึกษา การศึกษาในและนอกหลักสูตร ชั้นชั้น รายได้
- 3.4 การทำผังเครือญาติ

4. ลักษณะทางสังคม

- 4.1 ระบบการปกครอง
- 4.2 โครงสร้างทางสังคม
- 4.3 เครือข่ายสังคม : กลุ่มหรือระบบเครือญาติ เพื่อนฝูงที่คอยช่วยเหลือกันภายในชุมชน
- 4.4 ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ชาวบ้านอยู่รวมกันอย่างไร มีความสัมพันธ์กันอย่างไร
- 4.5 กิจกรรมร่วมในชุมชน

5. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

- 5.1 การประกอบอาชีพ / การไปทำงานต่างถิ่น
- 5.2 ฐานะความเป็นอยู่ ระดับรายได้
- 5.3 ระดับรายได้ การผลิตและการบริโภค

6. ลักษณะทางวัฒนธรรม

6.1 การยึดถือประเพณี ความเชื่อพื้นบ้าน

6.2 ศาสนา ความศรัทธา พิธีกรรม

7. วิถีความเป็นอยู่

7.1 กิจกรรมทางเศรษฐกิจ อาชีพในหมู่บ้าน วงจรชีวิตแต่ละปี แบบแผนกิจวัตรประจำวัน

7.2 กิจกรรมทางสังคม เช่น ในแต่ละปีมีพิธีกรรม กิจกรรมอะไรในหมู่บ้านบ้าง

7.3 การใช้เวลาของชาวบ้าน โดยเฉพาะครอบครัว(ผู้ดูแลเด็ก)กับเด็ก

8. ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย

8.1 ข้อมูลเกี่ยวกับที่พึ่งด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพของรัฐ ระบบสุขภาพท้องถิ่นมีใคร แหล่งใดบ้างที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ

8.2 ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยทั่วไป

แนวการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

สำรวจสภาพหมู่บ้าน ร้านค้า วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้านส่วนใหญ่ การรวมกลุ่มกัน ทำกิจกรรม ความสัมพันธ์ภายในชุมชน การประกอบอาชีพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

แนวคำถาม (semi-structural interview guideline)

แนวการสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นการวิจัยในระดับชุมชน

โดยเริ่มคุยเรื่องทั่วไป ชีวิตความเป็นอยู่ อาหารการกิน สุขภาพทั่วไป และนำไปสู่เรื่องช่องปากและฟัน โดยจะเก็บข้อมูลให้เห็นความแตกต่างระหว่างอดีตและปัจจุบัน (อดีตคือหมู่บ้านเดิมก่อนที่จะย้ายมาอยู่บริเวณปัจจุบัน)

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล

ชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่ บทบาทในชุมชนฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา อาชีพ รายได้

2. ประวัติหมู่บ้าน: ประวัติการก่อตั้ง และ ความเป็นมา ตั้งมานานแค่ไหน พื้นเพคนที่นี่เป็นอย่างไร
ในประเด็นของ ข้อมูลกายภาพ

1. สถานที่ตั้ง ขอบเขต ระยะทาง (การคมนาคม)
2. สภาพพื้นที่ ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ทรัพยากรธรรมชาติ
3. แผนผังการตั้งบ้านเรือน
4. สถานที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน วัด ร้านค้า ร้านขายของชำ ขนม จำนวนชนิดของที่ขาย
5. สาธารณูปโภค การคมนาคม การสื่อสาร
6. แหล่งน้ำกิน น้ำใช้

ข้อมูลเกี่ยวกับประชากร

1. จำนวนประชากร จำนวนสัดส่วนเพศ โครงสร้างอายุ
2. โครงสร้างครอบครัว จำนวนครอบครัว ลักษณะครอบครัว
3. โครงสร้างอาชีพ ระดับการศึกษา การศึกษาในและนอกหลักสูตร ชนชั้น รายได้
4. เครือญาติ

ลักษณะทางสังคม

1. ระบบการปกครอง
2. โครงสร้างทางสังคม
3. เครือข่ายสังคม : กลุ่มหรือระบบเครือญาติ เพื่อนฝูงที่คอยช่วยเหลือกันภายในชุมชน
4. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ชาวบ้านอยู่รวมกันอย่างไร มีความสัมพันธ์กันอย่างไร
5. กิจกรรมร่วมในชุมชน

ลักษณะทางเศรษฐกิจ

1. การประกอบอาชีพ / การไปทำงานต่างถิ่น
2. ฐานะความเป็นอยู่ ระดับรายได้
3. การผลิตและการบริโภค

ลักษณะทางวัฒนธรรม

1. การยึดถือประเพณี ความเชื่อพื้นบ้าน
2. ศาสนา ความศรัทธา พิธีกรรม

วิถีความเป็นอยู่

1. กิจกรรมทางเศรษฐกิจ อาชีพในหมู่บ้าน วงจรชีวิตแต่ละปี แบบแผนกิจวัตรประจำวัน
2. กิจกรรมทางสังคม เช่น ในแต่ละปีมีพิธีกรรม กิจกรรมอะไรในหมู่บ้านบ้าง
3. การใช้เวลาของชาวบ้าน โดยเฉพาะครอบครัว(ผู้ดูแลเด็ก)กับเด็ก การเลี้ยงดูเด็ก (ผู้รับผิดชอบ วิธีการดูแลอาหาร การนอน การทำความสะอาดร่างกาย การสั่งสอน)

ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับที่พึ่งด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพของรัฐ ระบบสุขภาพท้องถิ่นมีใคร แหล่งใดบ้างที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ
 2. ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยทั่วไป
- 3.ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก
 - 3.1 การให้ความสำคัญของฟันน้ำนม
 - 3.2 เด็กในชุมชนมีสภาวะสุขภาพปากและฟันเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง แต่ละโรคมีลักษณะอย่างไร อาการอย่างไร มีวิธีการแก้ไขอย่างไร ใครในชุมชนที่มีบทบาท เห็นด้วยหรือไม่ ในชุมชนมีการช่วยเหลือกันอย่างไร
 - 3.3 ฟันที่แข็งแรงหรือไม่แข็งแรงมีลักษณะอย่างไร เกิดจากอะไร มีวิธีการอย่างไรทำให้ฟันแข็งแรง
 - 3.4 ฟันผุเป็นอย่างไร การปวดฟันของเด็กเกิดได้อย่างไร มีวิธีการป้องกัน หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้หรือไม่ อย่างไร ทำไม ส่วนใหญ่คนในชุมชนเลือกวิธีไหน
 - 3.5 เมื่อเด็กฟันผุ ปวดฟัน ฟันผุ จะเป็นอย่างไร เกิดผลอะไรบ้าง และมีวิธีการรักษาอย่างไร ทำไม เพราะอะไร
 - 3.6 ผู้ปกครองหรือเด็กเคยไปทำฟันหรือไม่ รู้สึกอย่างไร กลัวหรือไม่
- 4.พฤติกรรมดูแลอนามัยในช่องปาก
 - 4.1 การทำความสะอาดในช่องปากผู้ปกครองและเด็ก โดยใคร ทำอย่างไร เมื่อไร เริ่มตั้งแต่อายุเท่าไร บ่อยแค่ไหน มีปัญหาหรือไม่อย่างไร
 - 4.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาด เหตุผลในการตัดสินใจเลือก ใครเลือก ซื้อมาจากแหล่งใด ราคา
- 5.พฤติกรรมการบริโภค
 - 5.1 ตัวอย่างอาหารที่เด็กรับประทานบ่อยๆ ลักษณะเป็นอย่างไร แหล่งอาหาร ขน

5.2 อาหารในวัยทารก อาหารเสริม ข้อห้าม

5.3 การดื่มนม การเลิกนม วิธีการให้นม เวลา ความถี่ การเลือกซื้อ

5.4 การรับประทานอาหารว่าง ขนม ความถี่ แหล่งอาหาร ราคา สาเหตุที่เลือก

5.5 อาหารที่มีประโยชน์ อาหารที่ทำให้ฟันผุ

6. พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค

6.1 การป้องกันและรักษาฟันในชุมชนนี้มีกี่วิธี โดยใคร

6.3 คนในชุมชนส่วนใหญ่ไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่ ทำไม อย่างไร รู้สึกอย่างไร

แนวการสังเกต

บรรยากาศการสัมภาษณ์ / ปฏิกริยาตอบสนอง

ประเมินกระบวนการวิธีสัมภาษณ์

ระยะเวลาการให้สัมภาษณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

แนวคำถาม (semi-structural interview guideline)

แนวการสัมภาษณ์เจาะลึกระดับครอบครัว : กรณีศึกษา

โดยเริ่มคุยเรื่องทั่วไป ชีวิตความเป็นอยู่ อาหารการกิน สุขภาพทั่วไป และนำไปสู่เรื่องช่องปากและฟัน

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน

เด็กก่อนวัยเรียน : ชื่อ วันเดือนปีเกิด อายุมีพี่น้องกี่คน อายุ บุตรลำดับที่ สถานที่รับเลี้ยงเด็ก

ผู้ปกครอง : 2.1 ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็ก

2.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัวเดี่ยว/ขยาย

2.2 เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

2.3 อาชีพ สถานที่ทำงาน รายได้ ลักษณะการไปทำงาน

2.4 การเลี้ยงดูเด็ก (ผู้รับผิดชอบ วิธีการดูแลอาหาร การนอน การทำความสะอาดร่างกาย การสั่งสอน)

2.5 บทบาทหน้าที่แต่ละคนในครอบครัว (การเตรียมอาหาร ทำงานหาเงิน ดูแลบ้าน เลี้ยงเด็ก อำนาจในการตัดสินใจในกรณีต่างๆ) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

2.6 สภาวะสุขภาพของคนในครอบครัว

2.7 กิจกรรมในชีวิตประจำวันรายบุคคล ครอบครัว (กิน อยู่ หลับ นอน การงาน พักผ่อน) การรับข้อมูลข่าวสาร บันทึกลง

2.8 สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัว เช่น โทรทัศน์ รถ

2. ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

2.1 ฟันน้ำนมมีความสำคัญอย่างไร

2.2 เด็กมีสภาวะสุขภาพปากและฟันเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง แต่ละโรคมีลักษณะอย่างไร อาการอย่างไร มีวิธีการแก้ไขอย่างไร

2.3 ฟันที่แข็งแรงหรือไม่แข็งแรงมีลักษณะอย่างไร เกิดจากอะไร มีวิธีการอย่างไรทำให้ฟันแข็งแรง

2.4 ฟันผุเป็นอย่างไร การปวดฟันของเด็กเกิดได้อย่างไร มีวิธีการป้องกัน หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้หรือไม่ อย่างไร ทำไม

2.5 เมื่อเด็กฟันผุ ปวดฟัน ฟันผุ จะเป็นอย่างไร เกิดผลอะไรบ้าง และมีวิธีการรักษาอย่างไร ทำไม เพราะอะไร

2.6 ผู้ปกครองหรือเด็กเคยไปทำฟันหรือไม่ รู้สึกอย่างไร กลัวหรือไม่

3. พฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปาก

3.1 เคยสังเกตช่องปากเด็กหรือไม่ มีลักษณะอย่างไร ฟันขึ้นเมื่อไร

3.2 การทำความสะอาดในช่องปากผู้ปกครองและเด็ก โดยใคร ทำอย่างไร เมื่อไร เริ่มตั้งแต่อายุเท่าไร บ่อยแค่ไหน มีปัญหาหรือไม่อย่างไร

3.3 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาด เหตุผลในการตัดสินใจเลือก ใครเลือก ซื้อมาจากแหล่งใด ราคา

4. พฤติกรรมการบริโภค

4.1 ตัวอย่างอาหารที่เด็กรับประทานบ่อยๆ ลักษณะเป็นอย่างไร แหล่งอาหาร

4.2 อาหารในวัยทารก อาหารเสริม ข้อห้าม

4.3 การดื่มนม การเลิกนม วิธีการให้นม เวลา ความถี่ การเลือกซื้อ

4.4 การรับประทานอาหารว่าง ขนม ความถี่ แหล่งอาหาร ราคา สาเหตุที่เลือก

4.5 อาหารที่มีประโยชน์ อาหารที่ทำให้ฟันผุ

5. พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค

5.1 ผู้ปกครองเคยตรวจฟันเด็กหรือไม่ ทำไม เคยเห็นสิ่งผิดปกติหรือไม่ อย่างไร เรียกว่าอะไร เกิดได้อย่างไร มีผลกระทบหรือไม่อย่างไร

5.2 ผู้ปกครองหรือเด็กเคยปวดฟันหรือไม่อย่างไร

5.3 เคยได้รับการบริการทันตกรรมหรือไม่ อย่างไร รู้สึกอย่างไร

5.4 มีวิธีการป้องกันรักษาฟันอย่างไร ได้รับคำแนะนำจากใคร อย่างไร

แนวการสังเกต

บรรยากาศการสัมภาษณ์ / ปฏิกริยาตอบสนอง

ประเมินกระบวนการวิธีสัมภาษณ์

ระยะเวลาการให้สัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดวงเดือน วีระฤทธิพันธ์ เกิดวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2516 ที่จังหวัด เชียงราย สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ทันตแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2539 เข้ารับราชการที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง กิ่งอำเภอ เวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงรายเป็นเวลา 3 ปี หลังจากนั้นลาศึกษาต่อในหลักสูตร วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2543 ปัจจุบันรับราชการที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย